Пралетары ўсіх краёў, злучайцеся!

Б... САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

4-ты год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 3

САКАВІК
1928

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК

Пралетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ САЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

4-ты год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 3

САКАВІК
1928

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. С. Р.
МЕНСК

Напечатано во 2-ой типо-лито-
графии Белорусского Го-
сударственного Изд-ва
Главлитбел № 1022.
Тир. 650 экз.
Зак. № 1933.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ и ГИГИЕНА

Шчырае вітаньне працоўнай жанчыне ўсіх краін у сьвята міжнароднага дню— 8 сакавіка.

Працоўныя жанчыны БССР,—узмацніце Ваш актыўны ўдзел у будаўніцтве Аховы здароўя рабочых і сялян.

Жанчына і санітарная культура

(К дню 8 сакавіка)

М. І. Барсукоў

У сучасны момант, калі пытаньне культурнае рэвалюцыі пачынае ўсіленна занімаць партыю, неабходна ў гэтую справу ў першую чаргу ўцягнуць работніцу і сялянку. Чаму іменна гэтая група працоўных асабліва павінна быць зацікаўлена ў радыкальных зьменах той срады, у якой ёй прыходзіцца жыць і працаваць. Адказ будзе досыць яскравы, калі мы паглядзімо, які бок жыцьця павінна закрануць культурная рэвалюцыя і дзе так неабходна было хутчэй унесьці новы здаровы зьмест. Тут я маю на ўвазе наш быт, нашы векавыя ўклады жыцьця, якія з вялікім трудом прыходзіцца ламаць і якія патрабуюць свайго поўнага пераабсталяваньня. У гэтых адносінах жанчыне прыходзіцца асабліва часта выспрабоўваць на сабе хворыя ўхілы бытавых момантаў, падчас яшчэ захаваўшых адбітак мінулага. А між іншым на работніцу і сялянку выпадае надзвычайна вялікая роля быць першай выхавальніцай новага пакаленьня,—нашае зьмены. Умець выхоўваць дзіцё, прыўчыць яго да здаровых санітарных навыкаў, заставіць дзіцё кожны дзень умывацца, чысьціць зубы—найвялікшая задача. Але гэта ня ўсё. Мала толькі ўчыцьаднымі славамі, трэба даць і жывы прыклад таго, чаму ты хочаш наўчыць другога. Вось чаму ўвесь уклад сямейнага жыцьця набывае надзвычайнае значэньне, бо дзіцё на прыкладах сваіх бацькоў і мацярэй навучыцца падражаць ім, а адначасова з гэтым абагаціцца тымі харошымі прыкладамі, якія ён наглядае ў старэйшых.

Нар. Кам. Аховы Здароўя даўно ўжо стаў на шлях аздараўленьня сям'і праз сыстэму аховы мацярынства і младзенства. Гэта, па сутнасьці гаворачы, ёсьць сыстэма ломкі старага быту, вытварэньне гэткіх умоў жыцьця, пры каторых работніца, сялянка найлепшым парадкам маглі-б у першую чаргу навучыцца выхоўваць дзяцей, а падругое— і разьвязаць сябе рукі для большага ўдзелу ў грамадзянскай працы.

Вось к прыкладу невялічкая табліца тых установ, якія з году ў год растуць у нас в БССР, усе больш і больш выслабаняя жанчыну ад сямейнае цягаты.

	1924-25 г.	1925-26 г.	1926-27 г.	1927-28 г.
Гарадзк. кансультацый . . .	10	16	16	19
Малочн. кухань	7	11	14	14
Сел. гарадз. ясьляў . . .	7	15	19	25
Кансульт. для цяжарных. . .	—	12	20	20
Дамоў дзіцяці	16	15	13	14
Раён кансультац.	—	14	27	36
Летніх ясьляў	42	100	175	192

Але-ж гэта агульны бок пытаньня. Другое ня менш важнае зьяўляецца ў тым, каб уцягнуць жанчыну ў актыўную працу па стварэньні элемэнтарнай санітарнай культуры і па за сям'ёй. Тут я маю на ўвазе, у першую чаргу, удзел работніцы ў арганізацыі ўсеагульнага харчаваньня. Мы многа пішам і гаворым аб усеагульным харчаваньні, але добра ведаем, што на гэтым фронце яшчэ ня ўсё добра. Часта раздаюцца скаргі ня толькі на самаю тэхніку прыгатаваньня варыва, але-ж многа недавольных галасоў раздаецца за тое, каб пашырыць і палепшыць рознастойнасьць харчы, а таксама і падняць якаснасьць гэтых блюд. Усё гэта, мне здаецца, залежыць ад таго, што ў гэтую справу не ўцягнуты самы галоўны канцінгэнт найбольш вопытных, сьвядомых асоб нашых хатніх работніц, якія праводзяць увесь свой сямейны век у пліты і маюць надзвычайна вялікі культурны вопыт, зусім нікім не скарыстаны. Мне думаецца, што неабходна стварыць навакол кожных сталовых ячэек „друзей усеагульнага харчаваньня", але справа не ў назьве, у якія уцягнуць нашу работніцу і там супольна з урачом распачаць вялізарную актыўную працу па зьнішчэньні ўсіх наглядаючыхся недахопаў. Трэба, наканец, зрабіць пералом у нашым усеагульным харчаваньні і не глядзець на нашы каапэратыўныя сталоўкі, як на пугала, аператварыць іх у уютныя, прыемныя для адпачынку ўстановы, дзе працоўныя маглі-б адпачыць, падмацаваўшыся пасьля цяжкай штодзеннай працы.

І, наканец, у апошнім, чым асабліва зацікаўлен Нар. Кам. Аховы Здароўя—гэта ўдзел работніц у тых санітарных камісіях і Саветах Сацыяльнай Дапамогі, якія зараз існуюць пры ўсіх нашых профілактычных установах. Удзельнічая ў іх, работніца павінна быць актыўнай у тых мерапрыемствах, якія зараз так неабходны для аздараўленьня нашага жыцьця. Тут я падкрэсьліваю тры пытаньні, у вырашэньні каторых дапамога работніцы і сялянкі патрэбна—аздараўленьне школы, пабудова на вёсцы хаты, у якой-бы ня было ні вільгаці, ні гразі, ні цемры і зварочваю ўвагу сялянства на стварэньне ўсеагульных лазьняў.

Работніца ня раз у пытаньнях быту была перадавою і разам з урачамі ішла наперад у барацьбе супроць старых укладаў жыцьця.

Можна быць упаўне ўвераным, што ў пытаньнях санітарнай перабудовы нашы работніцы і сялянкі прымуць самы жывы і актыўны ўдзел.

Гиппократизм и современная медицина[1]

Проф. С. М. Рубашев (Минск)

Говорить о Гиппократе значит—говорить о философии медицины. Люди, привыкшие к фактам, всегда с некоторой осторожностью подходят к философии, где приходится оперировать словами, понятиями. Тем не менее позволю себе коснуться этих вопросов, потому что считаю, что среди вопросов практических нам не мешает останавливаться и на вопросах общих. В особенности это необходимо академическим преподавателям, которые в этом отношении „ex officio“ должны задуматься над многими вопросами общественного характера. Если я к этому прибавлю, что мы за последнее время имеем в медицине своего рода кризис, который для некоторых заканчивается словами „назад к Гиппократу“, особым взглядом, который означает, что мы должны снова вернуться к тем принципам, которые проповедывал когда то этот великий грек, то я думаю, что всего этого достаточно, для того, чтобы оправдать выбор темы.

Само собой разумеется, я вряд-ли буду иметь возможность в статье изобразить хотя бы частично учение Гиппократа, а тем более выполнить целиком ту задачу, которую я себе поставил, сравнить целый ряд принципов гиппократовского учения с тем, что мы имеем в современной медицине. Я позволю себе поэтому остановиться лишь на некоторых избранных пунктах.

Если мы станем изучать произведения Гиппократа, то, разумеется, каждый из нас в этих произведениях найдет много того, что он ищет. Ведь в конце концов Гиппократ не оставил чего либо совершенно определенно законченного: его произведения—это разрозненные не большие главы, разделенные на отдельные афоризмы, относительно которых (по крайней мере относительно многих) даже не известно, что принадлежит именно Гиппократу, а что принадлежит представителям другой школы, которая в то время существовала. Следовательно из этих отдельных выражений и замечаний исследователь может отчасти выбирать то, что ему кажется наиболее подходящим; и быть может кое-кто из вас упрекнет меня в этом. Но я думаю, что иначе не может поступить ни один из исследователей, особенно в таком вопросе, и потому я все-таки позволю себе смелость пуститься в это плавание.

Одно из главных положений Гиппократа и его школы заключается в том, что он проповедывал необходимость каждому врачу обращать внимание прежде всего на больного и прежде всего иметь дело с самим больным. Для нас сейчас это кажется, конечно, само собою понятным. Но если мы вдумаемся в то положение, которое было в то время, если мы представим себе, что дело шло о переходе от медицины религиозной, от медицины, которая сосредоточилась в руках жрецов, от медицины, которая находилась (по крайней мере в отдельных

[1]) Речь в заседании Научного О-ва Минских врачей по поводу 60-летия о-ва.

отраслях) в руках софистов, в руки именно врачей, когда естествознание или природознание смешивалось с медициной,—то, конечно, этот шаг Гиппократа в свое время и это подчеркивание, что врач может быть только врачем и именно врачем, что он должен интересоваться только больным и только с ним иметь дело,—это в свое время было шагом чрезвычайно большим, может быть, даже заслуживающим названия шага революционного.

Гиппократ возражал против тех софистов, которые на основании теоретических соображений пытались строить определенную схему и подходить к больному и лечить его, исходя из этой схемы. Он установил у нас в медицине принцип эмпиризма, принцип опыта и наблюдения отдельных больных. Вот почему особенно интересно и значительно у Гиппократа как раз все то, что относится к отделу семиотики, прогностики. И в этом отношении я не могу отказать себе в удовольствии прочесть некоторые цитаты из его изречений, полагая, что не всегда нужно говорить о лице, а нужно иногда и самому этому лицу дать говорить о себе. Я позволю себе процитировать только некоторые из его положений, для того, чтобы продемонстрировать как внимально и детально наблюдал он больного. Вот напр. знаменитое его описание того, что мы называем сейчас „facies hippocratica". Он пишет следующее:

> „При острых заболеваниях врач должен прежде всего обратить внимание на выражение лица у больного, сохраняют-ли черты его лица выражение здоровое, или же он совершенно изменился в лице. Чем больше лицо изменилось, тем более серьезным представляется дело, и эти предостерегающие признаки суть: заостренный нос, впавшие глаза, впавшие виски, холодные сморщенные уши с отстоящими ушными мочками, плотная напряженная сухая кожа на лбу и вообще цвет лица, переходящий в желтый, в темноватый, в синеватый или напоминающий свинец. Точно также нужно во время сна наблюдать за глазами больного, видно ли что нибудь от глазного белка: если через полузакрытые веки (без того, чтобы этому предшествовал истощающий понос) видно немного белка, то это есть симптом (если только больной не привык вообще так спать) чрезвычайно тяжелый и говорит о смертельной опасности. Если к этому еще присоединяется синеватая окраска кожи, затем век, губ и носа, мы можем ожидать смерти каждую минуту".

Или например другое его наблюдение:

> „Если руки больного при острой лихорадке, воспалении легких, тифе или др., все время двигаются перед лицом как будто-бы они хватают в пустоте, как будто-бы они складывают соломки, или ощупывают что-то из одеяла, или же как будто-бы они нащупывают стены комнаты, то это тоже плохо и угрожает смертью".

Это все те мелкие подробности, которые сейчас являются хорошо известными каждому более или менее опытному врачу, но в то время представляли собой плод чрезвычайно скрупулезных наблюдений над больным.

Я позволю себе привести еще, например, такое наблюдение, которое интересно, для хирургов:

> „Если при заболеваниях костей мясо принимает над заболевшим местом синеватый и свинцовый оттенок, то это плохо".

Очевидно, это говорится о туберкулезных свищах, как мы сейчас представляем. Вот другое замечание; их можно было-бы увеличивать без конца, я выбираю только некоторые. Он говорит следующее:

„Если у лихоралящего, после того как у него отделялась мутная с хлопьями и скудная моча, появляется светлая в большом количестве моча, то начинается выздоровление".

„Внезапно без причины наступающая усталость предвещает начало болезни".

Этим я ограничусь и не буду приводить целый ряд чрезвычайно интересных, остроумных и, безусловно, полезных для каждого из нас замечаний; я хочу только этим подчеркнуть, что семиотика и прогностика действительно были разработаны по тому времени чрезвычайно точно и очень хорошо.

Но если мы с этим критерием подойдем к современности, — то я полагаю, что призыв, который существует в настоящее время „назад к Гиппократу", вряд-ли представляется совершенно правильным, ибо если бы мы стали этот призыв понимать в буквальном смысле или даже в его основе, то нам пришлось бы отказаться от многого из того, что представляют сейчас наши самые разнообразные завоевания.

Мы не забываем, что после Гиппократа мы имели Галена, Гарвея, Морганьи, Пастера, Вирхова и целый ряд имен, которых я не буду перечислять, которые воздвигли, кроме медицины Гиппократа, медицины, создавшейся исключительно из наблюдений над больными, исключительно на почве отдельных мелких признаков,—воздвигли еще научную медицину и положили основу для изучения зависимости медицины от социальной среды. И если мы сейчас можем действительно, в полном смысле этого слова, я бы сказал, похвастаться определенными успехами, то, конечно, они лежат не в той области, которую так прекрасно изобразил и собирал Гиппократ, а находятся только в области научной медицины.

Само собой разумеется, для врача чрезвычайно важно знать целый ряд признаков, предсказывающих смерть; но знать их — это еще не значит уметь устранить эти признаки, это не значит предупредить смерть; гораздо важнее уметь действительно по настоящему вмешаться в заболевание и получить соответствующие результаты. В этом отношении, я думаю, мы можем получить соответствующее удовлетворение только на пути научной медицины, а она, подчас, очень далека от наблюдений за больными, она иногда лежит в совершенно иной области, и не будь, например, Пастера с его наблюдениями за явлениями, которые влияют на возникновение болезней человека, мы, конечно, не имели бы тех огромных достижений, при помощи которых мы снижаем смертность от дифтерии, при помощи которых борьба с инфекционными болезнями поставлена у нас на настоящую научную базу.

Я полагаю, что, сколько-бы мы ни наблюдали больных раком или саркомой, как бы подробно ни изучали состояние больного организма,—я полагаю, что настоящие средства борьбы с этими заболеваниями мы получим все-таки не на этом пути, а на пути экспериментов, на пути научного подхода к этому вопросу, мы получим на пути тех именно способов, которые имеются сейчас в руках современной медицины.

А ведь вы знаете, сейчас существуют указания, что врач слишком отошел от больного, слишком ушел в лабораторию, слишком ушел

в исследования, что больной перестал его интересовать. И вот начинают призывать обратно к больному—на Гиппократовский путь.

Я полагаю, что очень далеко по этому обратному пути нам заходить не следует. Вся история современной медицины говорит о том, что настоящее средство борьбы с заболеванием,—с заболеванием вообще, а не лечение каждого отдельного больного (тут, несомненно, прав Гиппократ), с заболеванием, как таковым, лежит на пути исключительно научных исследований и также изучения той социальной среды, в которой проходит жизнь больного.

И весь этот спор о том, какой нам нужен врач: врач-исследователь или врач, который занимается только данным больным и только интересуется им, я разрешаю в сторону того, что нам нужны врачи-исследователи. При более глубоком анализе мы и у Гиппократа встречаем соответственные указания, оправдывающие нашу современную позицию.

Я приведу два афоризма из Гиппократа.

Он пишет: „иной врач и софист находят, что нельзя понять врачебное искусство, не зная, что такое человек. Я полагаю, наоборот. что единое знание природы может привести лишь только к гибели врачебного искусства, а до этого времени, кажется, еще чрезвычайно далеко, т. е. до такой учености, при которой можно указать, что такое есть человек, как он возник и др.“ Но дальше он говорит следующее: „мне представляется необходимым, чтобы всякий врач понимал природу, чтобы он стремился к ее познанию, если он хочет стоять на высоте, он должен знать, что такое человек в отношении к вещам и питанию и какое именно действие производят различные вещи на каждого“.

Из приведенного выше положения рождается и другое, которое точно также защищается Гиппократом. Если он стоит на той точке зрения, что хорошим врачем может быть только тот, кто постоянно наблюдает больного и из непосредственного общения с больным выводит все свои врачебные знания, то отсюда совершенно естественно положение, которое он защищает, что врачебное дело есть искусство, а не наука.

Он это подчеркивает в целом ряде афоризмов, он подчеркивает определенную подчиненную роль науки, считая, что определенная выучка необходима, но только в том случае, если врач сам по себе по своим природным свойствам является тем, что мы называем художником; описывая главные свойства, необходимые врачу для его работы, он на первое место ставит природные его способности.

Само собой разумеется, что если-бы мы стали на эту точку зрения, то, вероятно, не очень далеко бы в настоящий момент ушли. Ведь то, что отличает нашу эпоху от эпохи Гиппократа, заключается именно в том, что наша эпоха есть эпоха наибольшей массовости, где массовость в широком смысле этого слова является всепроникающим всесвязывающим звеном всего исторического отрезка нашей жизни и где эта массовость требует специального социально-профилактического обслуживания.

Для обслуживания огромных масс населения необходимо огромное количество врачей.— И если бы мы стали на точку зрения Гиппократа, то, может быть, рисковали бы очутиться в таком же положении, как если бы захотели, чтобы все наши дома строили художники-архитекторы; я полагаю, что тогда кой-кому в значительной мере пришлось бы холодно, пришлось бы остаться без крова. Нам нужно, чтобы дома для нас строили те, кто изучил строительное искусство.

Само собой разумеется, для того, чтобы строить дворцы, для того, чтобы строить особые дома,—для этого нужны архитекторы-художники. Точно также при современном состоянии нашей медицины мы не можем подходить иначе. Мы не можем думать, чтобы такое дело могло быть оставлено в руках только специально приспособленных лиц, чтобы мы действительно могли считать врачебное дело исключительно искусством. Элементы искусства в нашем деле есть, но наше стремление должно заключаться в том, чтобы перейти от искусства к научной стороне дела, чтобы ни диагноз, ни способы лечения не зависели бы в столь значительной мере от искусства отдельного врача, а чтобы все это, по возможности, было научно обосновано.

Я не говорю о том, что мы достигли этого положения сейчас, я говорю о том, что это есть положение, к которому необходимо итти.

Гиппократ, например, говорит в одном месте: „врач имеет своей задачей лечить и, если он вылечивает больного, то совершенно безразлично каким путем он этого достиг".

С моей точки зрения и с точки зрения современной—это ересь, ересь потому, что нам совершенно небезразлично, каким путем данный врач достиг излечения данного больного, ибо при такой установке, которая имеется сейчас, дело заключается не в том, чтобы вылечить отдельного больного, а дело заключается в том, чтобы найти способы лечения заболеваний, поражающих людей, ибо если бы дело шло только о лечении определенного индивидуума, то, само собой разумеется, никогда медицина, как наука, понимаемая в определенном смысле слова, не могла-бы образоваться. И вот мне думается, что и в этом отношении, вряд-ли правильным было бы разделить мнение тех, которые призывают нас „назад к Гиппократу".

Следующее положение, которое выдвигается в учении Гиппократа и которое чрезвычайно сближает его с нашими современными воззрениями, заключается в том, что он смотрит на заболевание принципиально так, как смотрим мы сейчас, как на нарушение определенной гармонии.

Я не буду останавливаться на его учении о соках, о том, что человек состоит из смешения определенных соков и т. д., думая, что большинству это в достаточной мере известно. Я укажу на то, что он всю ту природу, которая создает как здоровое, так и расстроенное состояние, обозначает словом „фюзис", если переводить более или менее точно—это будет обозначать природу, и совершенно определенно высказывает положение, что все происходит сообразно законам природы, положение, которое является основой и современной медицины. Отсюда он делает вывод, который в чрезвычайно большом масштабе разделяем и мы. Он полагает, что каждый человек обладает своей собственной природой или тем, что называется, конституцией. Говоря о конституции определенно, подчеркивает целый ряд различных черт; например, то, чем мы гордимся, как современным достижением, оказывается, отмечено уже у Гиппократа.

Я прочту только следующий его афоризм: „внутри нашего тела, точно так же, как и снаружи, существуют отношения, которые не являются безразличными для оценки страданий, как у здорового, так и у больного; напр. в отношении измерения величины тела к росту, большая или меньшая стройность шеи, длина и об'ем живота, ширина или узость грудной клетки, ребер и тысяча других вещей".—Что это, как не наше учение о конституции, или чрезвычайно кратко изложенное учение самой современной из анатомических щкол, которую мы имеем

у себя? Из этого краткого афоризма мы можем вывести все те положения, на которых мы сейчас строим наше учение о habitus.

Однако, если бы мы стали логически продолжать мысль Гиппократа, мы бы пришли к довольно пессимистическому выводу.

В самом деле, если представить себе, что все присходит сообразно природе и что каждый имеет конституцию, которая живет сообразно своим законам, то следует притти к пессимистическому заключению относительно наших терапевтических возможностей. Как вы знаете, в современной медицине, несомненно, существует у некоторых очень крупных ее представителей подобное отношение: главное—это уметь угадать природу данного лица, главное—суметь попасть в тон этой природе, главное—предоставить природные силы самим себе.

Вот один из лейт-мотивов весьма значительного направления в современной медицине.

Но так-ли это? Нужно сказать, что за последнее время накапливается ряд фактов, которые говорят о том, что если существует,—мы все это признаем,—конституция со всеми ее особенностями, то все больше и больше последнее время выдвигается значение других моментов—это значение тех социальных факторов, которые воздействуют на эту конституцию, воздействуют на индивидуума с разных сторон, как извне, так отчасти и изнутри.

Для того, чтобы не останавливаться долго на этом вопросе, я позволю упомянуть о сравнении Much'a: конституцию можно было-бы сравнить с оркестром, управляемым определенным дирижером; дирижер во всех случаях остается один и тот же, но в оркестре могут звучать разные инструменты и, следовательно, один и тот же оркестр в разное время может давать разную музыку.

Если мы подойдем для упрощения дела с точки зрения такого сравнения к вопросу о конституции и природе—„фюзис"—каждого больного, то, несомненно, перед нами открывается гораздо более широкое поле воздействия, поле терапевтических мероприятий, и при помощи этих внешних явлений, которые могут воздействовать на индивидуум, мы, несомненно, можем добиться гораздо большего, чем Гиппократ в своих заключениях, ибо терапия Гиппократа сводилась, в конце концов, к терапии преимущественно физиатрической. Если прочесть его сочинения, то, главным образом, вы найдете там физиатрические советы, касающиеся пищи, питья, климата и проч. условий существования больного и т. д. и чрезвычайно мало найдете по поводу более определенного, более резкого воздействия на организм.

Я считаю, что и в этом пункте призыв „назад к Гиппократу" вряд-ли является в полной мере правильным. Мне думается, что у нас в руках имеется в достаточной мере много завоеваний для того, чтобы мы пробовали стать на собственные ноги.

Я уже говорил, что каждый находит у Гиппократа то, что он хочет найти; поэтому я хотел бы обратить внимание еще на одно обстоятельство, которое в известной степени оправдывает то, что я говорил.

Для нас является естественным, что наши научные изыскания начинаются обычно от Гиппократа; на медицинском языке это звучит как от Адама. Но так ли это? Действительно ли Гиппократ является началом? Разумеется, нет. Началом он является для нас только потому, что почти все то, что было до Гиппократа, является погибшим.

Мы не должны забывать, что перед греческой культурой, которая продолжалась всего несколько сот лет, была чрезвычайно богатая восточная культура. Я в качестве примера укажу на Египет, культура которого длилась несколько тысяч лет и от которой, несомненно,

Гиппократ заимствовал чрезвычайно много. Но и в самой греческой культуре не все начиналось с Гиппократа, и в его сочинениях чрезвычайно много полемики. Я укажу только, что борьбе с софистами, со всякого рода теоретическими измышлениями у Гиппократа посвящено очень много места. Он, несомненно, в этом отношении является реформатором, он является человеком, который боролся с учением о божественном происхождении болезни, боролся за то, чтобы медицина из рук жрецов перешла в руки лиц, которые специально подготовляются в этой отрасли и специально ею занимаются. Он резко боролся с софистами, и в этом отношении, в области медицины, он сыграл роль, какую через некоторое время после него сыграл Сократ, который боролся в области знания и философии с этими самыми софистами

Мы все, конечно, стоим на той точке зрения, что все наши научные завоевания в конце концов развиваются на почве определенных социальных взаимоотношений. И не случайно то обстоятельство, что, выражая свои позитивные взгляды, защищая научно-эмпирический подход, защищая опыт против умозрения, Гиппократ как раз жил во время расцвета Греческой демократии. Время жизни Гиппократа приблизительно совпало с эпохой Перикла, с той эпохой, когда против архаических отношений, которые существовали в греческих общинах, против них начало выступать городское население, вооруженное определенными знаниями, желавшее иметь свою долю власти, свою долю участия в социальной жизни. Несомненно, что и в области медицины происходил соответственно этому определенный перелом, хотя бы основанный на том, что каждый врач должен был обслуживать большие массы населения, чем он обслуживал до сих пор. Если ознакомиться с состоянием медицины того времени, то мы узнаем, что точно так же, как у нас во времена крепостного права, или раньше, предположим, цари, бояре и дворяне имели своих врачей, которые жили при них, которые их лечили, точно так же было и в Греции, в старых греческих отношениях; но когда на сцену стали выступать большие массы населения, понадобились большие массы врачей, стали устраиваться особые школы, одной из которых и была школа Гиппократа. Дальше останавливаться на этом не буду; я хотел только подчеркнуть, что учение Гиппократа не выросло на каком-то голом месте, а оно расцвело на совершенно определенной социальной почве и оно представляло собой до известной степени медицинскую революцию. Может быть поэтому оно и вошло так крепко в историю медицины.

Если мы желаем многому научиться от Гиппократа, то нам не мешает поучиться от него кой-чему и в этом отношении. Мне кажется, что и наша эпоха имеет свои особенности, которые требуют и совершенно определенного подхода в постановке медицинских вопросов. Я бы сказал, что наша эпоха требует перехода от постановки вопроса об индивидууме к постановке вопроса о коллективе.

Что это значит для нас? Я себе позволю привести сравнение из той же самой Вирховской Патологии. Несомненно, что, строя свою патологию, Вирхов не думал, что это есть заболевание только клеточек, ибо в конце концов это было заболевание ткани, заболевание органа. То же самое и сейчас: имея перед собой заболевание отдельного индивидуума, мы не можем подходить к нему только с точки зрения определенного индивидуума, мы должны подходить к этому, как к определенному типическому проявлению, заболеванию целого ряда соответственных индивидуумов.

Я думаю, что если что-нибудь и характеризует нашу эпоху, то именно эта попытка перехода в решении целого ряда вопросов в том

числе и вопросов научных от момента индивидуального к моменту коллективному.

Я долго на этом останавливаться не буду; но мне кажется, что именно с этой точки зрения целый ряд Гиппократовских положений для нас сейчас должен представляться уже превзойденным; мы уже отходим от них, и тот клич, который имеется сейчас „Назад к Гиппократу", означает только то, что нам не нужно забывать, что нам нужно претворять в жизнь все то ценное, что мы имели у Гиппократа, но мы не должны себе дело представлять таким образом, что мы должны целиком перейти на те воззрения, которые проповедывал когда-то, $2^1/_2$ тыс. лет тому назад этот великий врач.

Я старался не утомлять вас очень и быть возможно короче. Но думаю, что этого все-же достаточно, для того, чтобы была ясна моя основная точка зрения. Она заключается в том, что поскольку каждое научное явление (в том числе и в медицине) строится на определенном социальном фундаменте и является выражением потребности всего человечества, то и те тенденции, которые проникают сейчас в жизнь всего человечества, конечно должны находить отображение и у нас. И вот почему я бы заключил мою речь таким образом: беря от Гиппократа все то ценное, что у него есть, мы, разумеется, должны в целом ряде вопросов стоять на иной точке зрения. Для нас важен не только врач, который лечит индивидуально данного больного, но врач-исследователь, который имеет своей целью лечение болезней вообще, ибо для нас не столько важно излечение каждого отдельного больного, сколько разрешение целого ряда вопросов, касающихся болезней массы людей. Для нас, для каждого из нас в отдельности конечно чрезвычайно важны врачи-художники, но для современной эпохи необходим врач, работник умственного труда, который, стоя на определенном научном и общественном фундаменте, сможет подходить к решению массовых вопросов, которые сейчас должны быть разрешены при самых банальных, самых обычных заболеваниях, отнимающих столько времени, столько сил и столько жизней. Вот именно такой врач нужен сейчас.

Мы должны, конечно, стоять на точке зрения, что человеческий организм представляет собой нечто индивидуальное, но одновременно должны все больше и больше проникаться представлением о том, что он может подвергаться значительным изменениям в зависимости от тех социальных факторов, которые на него воздействуют. И мне кажется, что эти моменты и составляют как раз то, что отличает современную медицину от медицины Гиппократа.

Здесь не место подымать методологический вопрос, что такое наука, что такое искусство. И то и другое есть методы познания мира и воздействия на него; останемся при обычном понимании этих слов. Тогда можно сказать: медицина Гиппократа была больше искусством, чем наукой; современная медицина имеет в себе много элементов искусства, наш дальнейший путь—медицина будущего должна быть только наукой, тесно связанной с социальной своей базой.

Самообложение и нужды здравоохранения

Г. К. Шаповалов

В прошлом номере журнала „Беларуская Мэдычная Думка" за 1928 г. приведен полностью декрет ЦИК'а и СНК БССР о самообложении.

С чувством глубокого удовлетворения культурные работники села должны встретить издание этого декрета, т. к. нужды села громадны, а бюджетные возможности очень ограничены. Медицинские работники участков особенно должны приветствовать издание этого декрета.

В самом деле, в какой иной области больше всего чувствуется недостаток средств, как не в области здравоохранения? Возьмем помещения медико-санитарных учреждений. За годы революции медицинская сеть выросла на 200—300%, а если мы спросим себя, таким ли темпом шло строительство больниц и врач. амбулаторий, то, конечно, должны ответить на этот вопрос отрицательно. За эти годы каждый округ максимум построил 2—3 учреждения, вся же остальная новая сеть разместилась в большинстве неприспособленных зданий. Не лучше обстоит дело в старых, дореволюционных зданиях больниц и амбулаторий. Не говоря уже о том, что эти здания мало приспособлены к разворачиваемой в стенах их работе, они по своему внешнему и внутреннему виду очень печальны: когда-то выкрашенные в масляную краску стены облупились, печи поизносились, крыши местами протекают, полы не сохранили и следов покраски. Не редкость встретить больницу без ванны, теплой уборной, без прачешной и дезинфекционной камеры, о мертвецкой при больнице не все и вспоминают, благоустроенное водоснабжение больницы, как редкое исключение. Внутреннее оборудование больниц и амбулаторий также ждет пополнений, а иногда и полной замены. Кровати разных размеров и фасонов (нередко трехаршинные), конечно, без сеток, не крашенные, с соломенными короткими матрацами. На кроватях вместо одеял нередко половинки их или совершенно износившиеся и нисколько не греющие одеяла. Неудивительно поэтому, что больные принимаются со своими одеялами или пользуются вместо одеяла шубой, пальто и пр. Вместо полагающихся на койку 3—4 смен белья имеется 1—2, сплошь и рядом совершенно отсутствует детское и женское белье. Отсутствие предкроватных столиков, достаточного количества плевательниц, подкладных и выносных суден,—обычное явление в наших сельских больницах. Кухонный инвентарь, столовая посуда не в лучшем состоянии: больные питаются из эмалированной посуды, при чем миска заменяет и глубокую, и мелкую тарелку. Вместо электричества или хорошей лампы в палатах и корридорах горят коптилки.

При таком оборудовании больниц говорить об уюте, в каком так нуждается больной организм, конечно, не приходится, и неудивительно поэтому, что больные с нетерпением ждут дня выписки из больницы, хотя домашняя обстановка в доме селянина не из приглядных.

Положение с отоплением тоже не из блестящих. Смета не всегда правильно учитывает стоимость резки, рубки и доставки дров, почему нередко больницы не получают даже своей скудной нормы и, конечно,

в больнице холодно. Таково положение больниц на селе. То же нужно сказать и в отношении других учреждений, особенно охматмладовских. Последние не имеют своих помещений и испытывают большую нужду в инвентаре.

Благоустройство нашей деревни самый болючий вопрос сегодняшнего дня: отсутствие бань, хороших колодцев, непролазная грязь по улицам при громадном количестве камня в полях, из года в год перекатываемого с одного места на другое, отсутствие площадей и скверов для отдыха и общественных праздников при одновременном существовании (в местечках) базарных площадей в центре населенного пункта, иногда рядом с больницей или школой. Все это делает нашу деревню такую же, какой она была и десять лет тому назад, и это при культурном росте деревни, при росте культурных запросов ея.

Печальное положение медико-санитарных учреждений, неблагоустроенность деревни всем хорошо известны, особенно медработникам села. Об этом много пишется и говорится, это, между прочим, одна из причин бегства врачей с участков. Но одно дело знать об этом, а другое дело исправить эти недостатки. При проведении бюджета на местах, при утверждении его в округах и в центре органы здравоохранения постоянно указывают на нужды медико-санитарных учреждений, но состояние бюджета Республики таково, что оно не позволяет отпустить достаточно средств, чтобы изжить все недостатки.

И тут на помощь органам здравоохранения и его работникам на селе приходит декрет о самообложении, он и предусматривает те нужды, о которых мы говорили выше.

Особенно ценно в декрете то, что самообложение может производиться и в натуральном виде. В самом деле, чтобы обеспечить больницу топливом, совсем не нужно денежного обложения (на закупку дров у больницы денег хватит), нужно лишь вырубить и вывезти дрова, а это легко можно провести путем установления трудового самообложения населения. То же в отношении доставки воды для больницы или в производстве мелкого ремонта, устройства прачешной, колодца и проч.

Нужды медико-санитарных учреждений населению хорошо известны, по большей части каждый на себе испытал их. Поэтому, мы полагаем, что население охотно пойдет навстречу нуждам здравоохранения, нужно лишь медицинским работникам на местах проявить должную инициативу.

В этом деле большую поддержку медицинские работники получат от группирующейся вокруг медико-санитарных учреждений общественности в лице деревенского актива. Секции здравоохранения при РИК'ах, Советы Социальной помощи при участках, санитарные комиссии при сельсоветах, Красный Крест,—вот те ячейки, через которые медицинские работники могут и должны пробуждать самодеятельность населения в деле оказания материальной помощи медико-санитарным учреждениям и в оздоровлении деревни.

Указать на нужды здравоохраненческих учреждений, об'яснить невозможность получения полностью средств по бюджету, уяснить настоятельную необходимость общественной помощи,—вот путь к привлечению общественных средств на нужды здравоохранения.

Декрет о самообложении населения для удовлетворения культурных и хозяйственных нужд деревни есть экзамен культурным работникам села. Выдержит его тот, кто свою работу проводил и проводит в тесном контакте с населением и через население.

Мы уверены, что медработники села этот экзамен выдержат!

Итоги летней оздоровительной кампании

К. И. Герман

Самой распространенной, получившей права гражданства формой летних оздоровительных мероприятий по БССР является туберкулезная площадка. Они функционировали в 6 из 8 округов; следующей разновидностью являются пионерские лагеря. Большое распространение имели в этом году дошкольные площадки с питанием. Экскурсии и спортивные площадки учтены только четырьмя округами.

Новым типом учреждений для Белоруссии явились—детская колония в Ченках Гомельского округа, дом отдыха для пионеров в Курасовщине Минского округа и дом отдыха для рабочей молодежи в Веселовке Минского округа.

К учреждениям, которые обслуживали физически ослабленного ребенка и утомленного школьника и подростка, надо причислить туберкулезные площадки, дома отдыха для школьников, пионеров и рабочих подростков. Несколько особо стоят дошкольные площадки. Их цель раскрепостить работницу и крестьянку, борьба с безнадзорностью, привить детям коллективные навыки, расширить и укрепить дошкольные учреждения в городе и на селе, но их оздоровительное значение крайне велико, и этот момент следовало бы особенно выпятить. Дошкольных учреждений у нас еще очень мало, туда попадают дети наименее обеспеченных слоев, дети, живущие в самых скверных квартирных условиях, и, если, судя по отчету Наркомпроса, дети все же поправились и поздоровели, несмотря на то, что суммы, ассигнованные на площадки, были крайне мизерны, то это свидетельствует о громадном оздоровительном значении площадки.

Через все эти учреждения прошло 13.066 детей и подростков: 472 было на тубплощадках, 353 в детской колонии для школьника и пионера, 102 в доме отдыха для пионера и 240 в доме отдыха для рабочей молодежи, 3.806 в пионерлагерях и 8.093 на дошкольных площадках.

Отвечает ли цифра в 13.066 тому количеству утомленных детей и подростков, которые нуждаются в отдыхе? По целому ряду об'ективных причин у нас нет точного учета этому кадру детей, но думается, что без особой погрешности можно опереться на аналогичные данные о рабочих подростках—по этим данным свыше 23 % всех подростков нуждается в домах отдыха. Если учесть, что эти назначения частенько соответствовали заранее определенному количеству мест в домах отдыха, то без особой погрешности можно эту цифру довести до 30 %, тем более, что мы в данном случае имеем дело, во-первых, с более нежным возрастом, во-вторых, большинство детей второго школьного возраста находится в стадии praepubertas, и в-третьих, в наших условиях профессиональные вредности школ не меньше вредностей того или иного производства.

В городах при наличии 96.378 организованных детей потребовалось бы предоставить отдых около 30.000 детей, а между тем в городах им

пользовалось только 4.833 детей, т. е. 16 $^0/_0$ нуждающихся—цифра очень незначительная. Это количественная сторона вопроса, ее значение умаляется еще тем, что срок отдыха был слишком краток и недостаточен для полного восстановления сил школьника и подростка.

Прежде чем перейти к качественной оценке оздоровительных мероприятий, мы рассмотрим, кто руководил ими и кем они финансировались.

В непосредственном ведении органов здравоохранения находились все тубплощадки, дошкольные в ведении Окроно, лагеря в ведении Окрбюро, спортивные площадки—профсоюзных организаций и Окрсоветов Физкультуры. В общем на оздоровительную кампанию без дошкольных площадок израсходовано 31.416 руб. 50 коп. Участие органов здравоохранения выражается в 22,7$^0/_0$ всей суммы, 14,1$^0/_0$ Красный Крест и 63,2$^0/_0$ общественные организации. Эта последняя группа составляется из средств родителей, комиссии помощи детям, профсоюзов, пионэрбюро и т. д.

Туберкулезные площадки

Их было шесть, расположены были только в окружных городах, через площадки прошло 472 детей, на площадках ими проведено 221.840 детодней.

	Прошло	Функц. площадка		Прошло	Функц. площадка
В Гомеле . . .	73 дет.	90 дней	В Полоцке . . .	61 дет.	90 дней
„ Минске . . .	100 „	60 „	„ Витебске . . .	100 „	66 „
„ Могилеве . .	42 „	101 „	„ Бобруйске . .	96 „	63 „

По трем городам—Могилеву, Витебску и Бобруйску, где велся учет пионерам, они на площадках составляли 25$^0/_0$ всего количества детей.

Самая продолжительная по времени—101 день—была Могилевская площадка, но зато и самая немногочисленная—42 детей.

Дети, поступавшие на площадку, в большинстве своем были под длительным наблюдением тубдиспансера и его же врачами отобраны. Все пребывание, режим дня, меню разрабатывались врачами диспансера, прикомандированными к площадке.

На всех тубплощадках дети пользовались обтираниями, солнечными и воздушными ваннами, в некоторых еще душами.

Самым простым, но и очень об'ективным методом учета действия тубплощадки на детей является наблюдение за их весом. И вот в этом отношении мы получаем следующие данные:

	Прибавка в весе	Без перемен	Убавка	Всего
Витебск	99	1	—	100
Гомель	65	7	1	73
Бобруйск . . .	95	—	1	96
Минск	100	—	—	100
Могилев	33	—	9	42
Полоцк	61	—	—	61
	453	8	11	472

Из этого видно, что 95,9$^0/_0$ детей прибавилось в весе, 2,3$^0/_0$ убавилось, 1,6$^0/_0$ осталось без перемен.

Судя по этим цифрам, можно притти к выводам, что результаты тубплощадок очень убедительны и для бюджета здоровья ребенка имеют большое значение. Общеизвестно ведь, что мы оцениваем прибавку в весе, не чисто формально, как увеличение количества под-

кожного жира, тут дело в более существенных биологических изменениях, которые влияют на обмен веществ, состав крови и т. д. Необходимо также упомянуть эмоциональные факторы, создаваемые площадкой, которые благотворно действуют на туберкулезного ребенка: он живет в коллективе биологически равноценных ему товарищей, он весь день проводит на открытом воздухе, в обстановке сада, участвует в коллективных посильных ему играх, пользуется рациональным режимом, питательной едой, водными и солнечными процедурами,—словом, вся среда гораздо выше его домашней обстановки, все это дает детям целый ряд здоровых, полезных эмоционально-положительных переживаний, о значении которых для развивающегося детского организма красноречиво говорит вся педагогическая практика.

Но и после площадки ее влияние не исчезает,—у детей вырабатываются устойчивые навыки, так как, во-первых, они находятся или должны находиться в постоянном взаимодействии с диспансером и, во-вторых, ведется или должна вестись систематическая работа с их родителями для проникновения в быт их семей.

За время пребывания на площадках было проведено бесед:

	С детьми	С родителями
В Минске	6	2
„ Полоцке	8	2
„ Витебске	20	2
„ Бобруйске	3	4
„ Гомеле	—	3
„ Могилеве	5	—
	42	13

По этим данным видно, что работа с детьми велась значительно более углубленная, чем с родителями, или вернее не вполне достаточная с родителями, так как работа с ними имеет значение не только для внедрения культурно-гигиенических навыков в быт, но также убеждает их в необходимости оздоровительных мероприятий и привлекает их к непосредственному участию в организации площадок. Чрезвычайно важным является еще вопрос относительно того, насколько это количество коек на площадках удовлетворяет потребности детей. По нашим данным—около 2% детей школьного возраста страдает туберкулезом легких и около 20% туберкулезом желез; из указанного количества организованных детей в городах наши тубплощадки удовлетворяют лишь 2,4% нуждающихся в них детей.

О пионерлагерях

Пионерлагеря были в 6 округах, они охватили 3806 ребят, кроме того в некоторых округах были еще пионерплощадки (Бобруйском и Витебском). Они принадлежат к оздоровительным мероприятиям не только по определению органов здравоохранения, лагеря причисляются к ним и самой пионерорганизацией. И это не может быть иначе. Следует учесть, в каких условиях живут наши пионеры всю зиму. В большинстве наши пионеры школьники, шесть и больше часов проводят в перегруженной, неприспособленной, плохо проветриваемой школе, сидят на зачастую не соответствующих их росту и вообще на нерационально построенных партах; физкультуре в общем и физическим упражнениям в частности школа уделяет чрезвычайно мало времени и места, горячие завтраки только начинают внедряться в быт школы. Домашние условия наших ребят ни в коей степени не ком-

пенсируют вредных профессиональных влияний школы, сама пионерработа происходит также не в специальных клубах и помещениях. Поэтому нет ничего удивительного, если пионерлагерь, даже если пребывание в нем ограничено двумя или четырьмя неделями, получает огромное оздоровительное значение, ибо вся работа с ребятами происходит на свежем воздухе, они пользуются плодотворным влиянием воды и солнца.

Следует учесть, что все пионеры подверглись врачебному отбору до лагеря, был таким образом произведен смотр, пусть не самый углубленный, их физическому состоянию; даны были те или иные советы, некоторые направлены для лечения, выделены вшивые, чесоточные, трихофитийные, фавозные и т. д. Пусть все это было сделано в недостаточной мере, тем не менее значение этого смотра довольно значительное.

Следующей надстройкой над этим достижением является физкультура, не в узко-гигиеническом ее значении, а в широком социально-педагогическом, так как коллективные игры на свежем воздухе, массовое купанье в реке и т. д. не только оздоровляют, но также вырабатывают целый ряд культурных, коллективистических навыков.

По отзывам Окружных Пионербюро лагерная кампания и подготовка к ней привлекла горячее внимание родителей и общественное внимание к пионерорганизации. Вот что сказано по этому поводу в отчете Витебского Окрбюро: „грамадзкая думка аб піанэрарганізацыі ўзрасла, дзякуючы правядзенью лягернай кампаніі як з боку Райбюро, таксама і атрадаў, рэгулярна склікаюцца бацькаўскія сходы як у атрадным, так і раённым маштабе“.

Недостатком лагерной кампании является прежде всего их недостаточное количество, неприсобленность помещений, недостаточность инвентаря; большим из'яном в работе является то, что лагеря в очень небольшой степени обеспечены врачебным и педагогическим наблюдением и руководством, чем и об'ясняются многие недочеты режима дня нагрузки детей и т. д.

Ченковская детколония

Эта колония об'единила для отдыха школьников, пионеров, детей детдомов—всех прошло около 353 ребят, из которых 193 школьники—пионеры.

Так как на питание школьников отпускалось 18 руб. в месяц, а дети детдомов получали 9 р. 23 к., то разница в питании тех и других была велика. С другой стороны среди детей детдомов практиковалось полное самообслуживание, чего среди школьников-пионеров не было, за исключением стирки белья, которую многим приходилось делать самим. Уже эти два момента в достаточной мере определяют результаты пребывания в колонии для той и другой категории ребят.

Среди школьников-пионеров прибавилось в весе 96% всех детей, в том числе

до 1	кило	прибавка	в 22%
до 2	„	„	в 42%
до 3	„	„	в 23%
свыше 3	„	„	в 9%

Не прибавилось в весе 3,4% и убавилось всего 0,8%. Среди же детей детдомов получается совсем другая картина, вот как о них написано в отчете: „Ребята детдомов поправились мало, некоторые вовсе не поправились, а многие похудели“. (К сожалению, в отчете цифровых данных нет).

Кроме того среди школьников „многие, страдавшие в течение года упорными головными болями, избавились от них в колонии, у многих значительно улучшился аппетит, некоторые загорели“.

Если принять во внимание, что среди школьников было 106 ребят, находящихся до того под наблюдением тубдиспансера, то эффект, полученный от пребывания в колонии, значительно вырастет. Эта колония заслуживает особого внимания, так как была создана во внесметном порядке; она привлекла к себе широкое общественное внимание, которое выразилось в активной материальной поддержке. В этом участвовали родительские комитеты содействия школе, Красный Крест, Горсовет, Окрпионербюро, Сов. Соц. Помощи и т. д. Правда, такое внесметное существование имеет свои теневые стороны, как например, некоторая неналаженность в первой стадии организации, которая до некоторой степени несомненно отразилась на самочувствии и здоровьи ребят. Но это полностью компенсируется теми ощутительными результатами, которые колония принесла детям и которые не могут быть не учтены родителями и общественными организациями, что с своей стороны гарантирует еще более усиленное их участие в предстоящей летней оздоровительной кампании.

Большим достоинством этой колонии является постоянное, углубленное и систематическое врачебное наблюдение и руководство, которое сказалось во всей жизни колонии, а также то, что колония имела своего физинструктора и пионерработника. Но с другой стороны, штаты педагогического, средне медицинского и технического персонала были недостаточны и это, конечно, нашло свое отражение в постановке работы.

Дом отдыха для пионеров

В Курасовщине, Минского округа, на средства Красного Креста был организован дом отдыха для утомленного пионера, через который прошло 102 детей. Дети были разделены на 5 групп и каждая группа пробыла две недели в доме отдыха.

Дети рабочих составляли 80% всех пионеров. Врачебный отбор и наблюдение проводились врачебной секцией в полном отрыве от организации ОЗД и детдиспансера, что значительно умаляет работу врачей шефов, только впервые видевших этих детей.

Дети питались хорошо, жили по выработанному режиму, велась санпросветработа. Дом Отдыха принес детям значительное улучшение здоровья и прибавку в весе.

Дом отдыха для рабочей молодежи

Впервые у нас в Белоруссии усилиями Окр. Комитета ЛКСМБ и органов здравоохранения был организован дом отдыха для рабочей молодежи на хозяйственных началах.

Дом этот помещался в поселке Веселовке на берегу р. Свислочи.

Модус был таков, что каждый подросток платил по 1 рублю в день в течение 2-х недель, остальные расходы были покрыты из сумм органов Здравоохранения. Оборудование, белье были частично взяты во временное пользование из других учреждений. Этот последний факт очень неблагоприятно отразился на благоустройстве дома: ощущался большой недостаток белья и самой необходимой мебели.

Через дом отдыха прошло 240 человек, из которых каждый пробыл в нем 2 недели.

Медицинским врачебным наблюдением дом отдыха был обеспечен, но это дело было плохо организовано без должной увязки с органи-

зацией ОЗД и это, несомненно, отразилось как на постановке врачебного наблюдения, так и на учете результатов: на 240 человек заполненных анкет было 193, а взвешенных до и после пребывания в доме отдыха—только 67.

Каков был состав отдыхающей молодежи? Из 193 отдыхавших мужчин было 131, т. е. 67,8% и женщин—62, т. е. 31,2%.

Больше всего представлены были возрасты 18 лет—36 человек и 19 лет—33 чел., в общем на возрасты 17—22 (включительно) приходится 83% всех прошедших дом отдыха; по национальности—88% евреи, 10,8% белоруссы, 1,2% поляки. Рабочих было—79%, 15% служащих, остальные учащиеся и кустари; 70,4% комсомольцев, 7,7% членов и кандидатов партии, остальные, т. е. 21,9%—беспартийные.

Больше всего было зарабатывающих от 31 р. до 50 руб. в м-ц.—37%; от 30 р.—25%, 10,3% от 51—60, свыше 60 рублей—11,3%, из них с заработком свыше 100 рублей всего 3 чел.; с заработком ниже 11 рублей—было 7 человек.

Из недостатков в постановке нужно отметить несоблюдение установленного режима и недостаточная дисциплинированность отдыхающих.

Питание было вполне удовлетворительное, единственным недостатком было то, что за недостатком средств и неприспособленности кухни не было организовано диэтическое питание, в котором нуждались некоторые отдыхающие.

Несмотря на все вышеуказанные дефекты, Дом Отдыха себя вполне оправдал; в подавляющем большинстве случаев можно отметить улучшение общего состояния, прибавку в весе, что особенно важно, так как процент истощенных, уставших среди молодежи при поступлении был очень высок. Из 67 человек, которые были взвешены до и после пребывания в доме отдыха, 46,2% прибавило в весе от 1,5 до 3,0 кгл., 41,7%—от 3 до 6,6 кгл., 10,4%—до 1,5 кгл., не прибавился в весе только один человек.

Учитывая опыт прошлого года, органы ЛКСМБ и здравоохранения сумеют это положительное начинание расширить, провести более организованно, как в смысле хозяйственном, так и в отношении внутреннего распорядка и режима дня.

Выводы:

1. Летняя оздоровительная кампания имеет громадное оздоровительное значение не только в социально-гигиеническом, но в социально-педагогическом отношении.

2. Оздоровительная кампания лета 1927 года не удовлетворила того количества детей, пионеров и подростков, которые нуждаются в отдыхе.

3. Массовой формой оздоровительных мероприятий явилась дошкольная площадка и пионерский лагерь.

4. Лучшей формой оздоровления для физически слабых детей является тубплощадка, летняя оздоровительная площадка, дом отдыха-санаторий для пионеров и школьная колония.

5. Самым целесообразным оздоровительным мероприятием для утомленного рабочего подростка является дом отдыха на хозначалах при поддержке органов здравоохранения (фонд „Г").

6. Обязательным условием для успешного проведения летней оздоровительной кампании является учреждение междуведомственной комиссии, работающей под руководством организации ОЗД.

(Из Минского Венерологического Диспансера)

К характеристике венерической заболеваемости в гор. Минске*)

А. Н. Шапиро

В области борьбы с венеризмом мы имеем в БССР в прошлом—легализацию домов терпимости, регламентацию проституции с ее полицейско-медицинскими осмотрами, кое-где плохие отделения в больницах для венерических больных, расцвет частной практики венерологов в городах и знахарства в деревне, что мешало учету заболеваний венерическими болезнями. Амбулаторные приемы не были выделены и в большинстве обслуживались неквалифицированными работниками. Мировая война, во время которой БССР представляла собою арену военных действий, затем гражданская война с ее оккупациями и бандитскими налетами, сопровождавшиеся не только убийствами, грабежами, но и изнасилованиями, сыграли безусловно огромную рольв росте венерических заболеваний в БССР; социально-экономические условия, бытовые, в частности некультурность белорусского крестьянина усугубляли это распространение.

Учет населения больного венерическими заболеваниями в деле плановой борьбы с ними играет чрезвычайно важную роль; вместе с тем нигде так не шатки цифры, как именно по этим заболеваниям. Причины известны: часть больных, которых д-р Розенталь[1]) на основании проведенного им опроса в 1924 году, определяет в $^{1}/_{3}$ всех заболеваний, лечится у частных врачей, и естественно эти больные не попадают в наш учет; часть больных, особенно в деревнях, продолжают скрывать свою болезнь, что подтверждают отряды по обследованию населения на предмет выяснения среди них сифилиса; трудность диагностики сифилиса также уменьшает его число, особенно в сельских местностях и, наконец, то обстоятельство, что триппер и сифилис, являясь хроническими болезнями, протекая долгие годы, могут быть регистрируемы много раз.

Прав д-р Смулевич[2]), который указывает, что в Западной Европе, где венерические больные лечатся по преимуществу у частных врачей, статистика венерических болезней стоит на шаткой почве, давая лишь ориентировочные цифры; его мнение подтверждает также и Hecht, указывая на целый ряд разноречивых цифр.

Материалами для данного исследования служит обращаемость за 1926 и 1927 годы в Вен. Диспансер, в котором, за исключением больных, лечащихся у вольнопрактикующих врачей, сосредоточена вся помощь венерическим больным.

---

*) Доложено в сокращенном виде в Дермато-венерологическом кружке при Минском Научном Обществе Врачей 14 марта 1928 г.

[1]) Розенталь С. К. Материалы к вопросу о борьбе с вен. болезнями в Минске БМД—25 г, № 4—5.

[2]) Смулевич Б. Я.—Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР.

Обращаемость в Диспансер

Таблица 1

	1926 г.	1927 г.
Первичных посещений вен. больных .	1924	1909
„ „ кожных . .	4649	4346
Оказалось здоровыми. . . .	446	685
Всего первичных посещений . .	7019	6940
Повторных посещений . . .	78622	88919
Всего посещений . . .	85641	95859
На 1 больного гонор. падает посещ. .	36,5	38,2
„ 1 больную „ „ „ .	28,2	29,8
„ 1 больного сифилисом падает посещ.	39,2	34,5
„ 1 больную „ „ „	33,0	63,2
„ 1 кожного больного „ „	2,9	3,4

Анализируя эту таблицу, мы видим, что главная часть первичных посещений падает на кожных больных. Повторные же больные дают другую картину—максимум посещений, как для женщин, так и для мужчин падает на сифилис—63,2 и 34,5. Резкое увеличение посещений на одну больную сифилисом в 1927 году мы об'ясняем вообще их более аккуратным отношением к лечению и тем еще обстоятельством, что, как раз в этом году лечилось много беременных, принявших повторные курсы.

Распределение больных по заболеваниям и полу

Мужчины

Таблица 2

ГОД	Острый триппер	Хронический триппер	Не гонорройн. уретрит	Половое бессилие	Прочие не гонорр. забол.	Сифилис: Первичный	Вторичный с явлениями	Вторичный скрытый	III-й гуммозн.	Tabes dorsales и прогрессивн. пар.	Сифилис врожденный	Проч. формы сифилиса	Мягкий шанкр.	ВСЕГО
1926	528	172	103	28	196	58	45	108	11	19	3	9	—	1280
% %	41,2	13.4	8,0	2,2	15,3	4.5	3.5	8.4	0,9	1,4	0,3	0.9	—	100%
Здоровых: 78—6%														
1927	609	164	164	21	112	39	24	115	13	18	7	27	6	1320
% %	46.6	12.4	12,4	1.6	8,4	2,8	1.9	8,7	0,9	1,5	0,5	2,3	0,03	100%
Здоровых: 246—15.7														

Женщины

Таблица 3

ГОД	Острый триппер	Хронический триппер	Не гонорройн. уретрит	Проч. не гонорр. заболев.	Сифилис: Первичный	Вторичный с явлениями	Вторичный скрытый	III-й гуммозн.	Tabes dorsales и прогр. пар.	Сифилис врожденный	Проч. формы сифилиса	Мягкий шанкр	ВСЕГО
1926 . .	105	101	—	75	5	69	196	29	5	48	11	—	644
% %. .	16.3	15.6	—	11,6	0,8	10,8	30.5	4,5	0,8	7,4	1.7	—	100%
Здоровых: 368—36,3%													
1927 . .	159	112	23	95	7	36	89	26	2	27	13	—	589
% %. .	27,0	19,0	3,9	16,1	1.2	6,3	15,1	4,3	0,4	4.6	2;3	—	100%
Здоровых: 439—41.1%													

При анализе таблиц №№ 2 и 3 обращают на себя внимание здоровые, обнаруженные на приемах в сифилитическом и урологическом кабинетах. Для мужчин в 1926 году процент равен—6 всех посещений; в 1927 г.—15,7%; для женщин в 1926 году—36,3%; в 1927 г.—41,1%. Наибольшее количество здоровых падает на женские сифилитические приемы, у мужчин—на гонорройные. Сравнивая данные за эти годы с данными за прошлые, мы имеем резкое увеличение среди общей обращаемости процента здоровых, как среди женщин, так и среди мужчин; это обстоятельство подтверждает высказанное нами уже однажды положение, что задачи советской медицины—профилактические мероприятия—внедряются в гущу рабочих масс. По данным Московских Вен. Диспансеров, процент здоровых, обратившихся в 1926 году в Диспансеры, составляет 33,1%, что значительно ниже наших данных, составляющих для мужчин и женщин вместе 42,3% для 1926 года и 58,8% для 1927 года. Обнаружение здоровых ни в коем случае нельзя отнести к группе симулянтов, приходящих в амбулаторию за бюллетенем; наши больные обращались по поводу зуда в канале, прыщика на теле, в особенности в области половых органов. Из общего числа первичных обращений в 1926 году мужчины составляли 62,1%, женщины—37,9%. В 1927 году мужчины—69,4%, женщины—30,6%, эти данные вполне совпадают с нашими данными за прошлые годы. По заболеваниям обращаемость характеризуется следующим образом:

		1926 год	1927 год
Триппер	мужчин	80,6	81,8
	женщин	46,8	64,8
Сифилис	мужчин	19,4	19,2
	женщин	53,2	35,2

Эта таблица указывает нам, что число случаев триппера и сифилиса у мужчин, как в 1926 и 1927 году находятся в отношении 4:1, имея тенденцию к незначительному уменьшению в 1927 году по отношению к сифилису; по нашим данным за 1924 и 1925 г. г. это отношение выразилось для 1924 года—1,6:1, для 1925 г. 2:1. У женщин мы имеем несколько иную картину: отношение триппера к сифилису в 1926 году 1:0,75; в 1927 году 1,9:1; по данным 1924 и 1925 года отношение 1:1,5.

В отношении свежих заболеваний мужчин и женщин—мы имеем для 1926 и 1927 года на 1 заболевание сифилисом у женщин 1,4 заболевания у мужчин; на одно заболевание триппером у женщин в 1926 году мы имеем 5,5 заболеваний у мужчин, в 1927 году—4 заболевания. По отношению к трипперу наши данные совпадают с данными за прошлые годы, в отношении же сифилиса произошло изменение, раньше мы имели на одно женское заболевание сифилисом 3 мужских, а теперь только 1,4 заболевания сифилисом мужчин. В отношении распределения обращаемости по заболеваниям произошло изменение, что видно из таблицы 4.

Таблица 4

Годы		Триппер и прочие половые болезни	Сифилис	Мягкий шанкр
1924 год	мужч.	500—61%	315—38,4%	5—0,6%
	женщ.	159—42,3%	217—57,7%	0
1925 год	мужч.	1025—59,6%	444—40,4%	0
	женщ.	401—47%	452—53%	0
1926 год	мужч.	1027—80,6%	253—19,4%	0
	женщ.	281—43,5%	363—56,5%	0
1927 год	мужч.	1071—80,7%	243—19%	6—0,3%
	женщ.	389—65,8%	200—34,2%	0

Мы имеем за последние два года стойкое абсолютное уменьшение обращаемости сифилитиков и почти стабилизацию в обращении гонорроиков, в %% отношении увеличивающееся—вследствие уменьшения обращаемости сифилитиков.

Произошло-ли действительно уменьшение заболеваемости сифилисом и у нас в Минске?

Являясь вопросом чрезвычайно актуальным, он не может не интересовать нас. Hecht[1]) указывает на уменьшение в разных частях Европы свежих сифилитических заболеваний с конца 1923 года, об'ясняя это уменьшение, главным образом, за счет сальварсанной терапии. Одновременно он указывает, что, согласно сообщению Spillmann'а в дерматологической клинике в Нанси после резкого падения, в конце 1924 года наступило повышение свежих форм сифилиса. В разных городах Германии—в Бремене в 1919 году на 1000 населения считалось 27,4 сифилитиков, в 1925 году—15 на 1000, по данным Hausteina, первого отметившего убывание свежих случаев сифилиса, в Копенгагене количество сифилитиков в 1922 году в сравнении с 1912 г. уменьшилось на 33%. Данные анкеты Iadasohna, произведенной им среди 50 отдельных стран Европы, указывает в большинстве об уменьшении свежих случаев сифилиса, за исключением Франции, в которой после наступившего падения 1919—1923 годы—в 1924 году снова наблюдается под'ем.

Düring причиною уменьшения свежих форм сифилиса считает с одной стороны сальварсанную терапию, с другой—эпидемиологические моменты, свойственные инфекционным заболеваниям, в том числе и венерическим, давая понижение, а затем повышение. М. А. Членов[2]) в своей работе „Убывает-ли сифилис и меняет-ли он свою физиономию" говорит: „Однако, за последние годы в Западной Европе начинают появляться данные, говорящие как бы о новом нарастании свежего сифилиса. Так, Hexenheimer говорит, что за последнее время сифилис опять увеличился во Франкурте на Майне. Во Франции Pautrier отмечает стабилизацию, а отчасти даже увеличение заболеваемости в некоторых местах. Ieanselme считает, что в 1925 году сифилис вернулся к прежним размерам; об увеличении сифилиса говорит и целый ряд других авторов, как Nicolas, Petges (Бордо), Petit и другие. Затем, Buschke и Gumpert приводят данные об увеличении сифилиса во Франции, Австрии с 1925 года Finger, Гельсингфорсе Cederkrautz, Амстердаме Mendes da Costa с 1925 года, а также эпидемиологические данные Лиги Нации относительно увеличения сифилиса в Дании (с 67 до 76 на 10000); в Швеции (увеличение первичного сифилиса в 1925—1926 году на 37%, а вторичного на 31% и особенно в Сев.-Америк. Соед. Штатах (с 173 до 198 на 100.000)".

Из пяти ответов, полученных из СССР—двое высказались в положительном смысле, двое—под вопросом и один—отрицательно.

У нас в Минске (табл. 5) мы имеем уменьшение первично регистрируемых скрытых и поздних форм сифилиса (табл. 5 см. на стр. 27).

Количество свежих случаев, зарегистрированных в 1927 году меньше 1926 года, но больше числа случаев зарегистрированных в 1924 и 1925 г. и это обстоятельство не дает нам права говорить об уменьшении заболеваемости сифилисом. Хорошин[3]) видел уменьшение

[1]) Hecht-Haustein—Soziale Bedeutung der Geschlechts kraukheita, XXII Bd. d. Haudbuck.

[2]) М. А. Членов—„Убывает-ли сифилис и меняет-ли он свою физиономию?"—Вен. и Дермот. 1928 г. № 1.

[3]) Хорошин—Материалы к вопросу об уменьшении заболеваемости свежими формами сифилиса—В. и Д. № 4—1927 г.

сифилиса, главным образом, в 1926 году за счет уменьшения заболеваемости женщин и это обстоятельство он считает неблагоприятным прогнозом на ближайшие годы.

Распределение форм сифилиса по обращаемости по годам

Таблица 5

	Первичный сифилис	Вторичн. сифилис с явлен.	Вторичный сифилис скрытый	Третичн., скрытый и гуммоз.	Прочие формы сифилиса	Мягкий шанкр
1924	м. 10—3,2%	19— 6%	271—86%	15— 4,8%	—	5
	ж. 3—1,4%	12— 5,5%	176—81,1%	26—12%	—	—
1925	м. 32—7,2%	40— 9%	322—72,2%	2— 0,4%	48—11,2%	—
	ж. 1—0,1%	24— 2,8%	207—45,8%	153—33,8%	67—17,5%	—
1926	м. 58—23,2%	45—18%	108—43,2%	11— 4,4%	31—11,6%	—
	ж. 5—1,4%	69—19,1%	196—54,3%	29— 8,2%	64—17,%	—
1927	м. 39—15,6%	24— 9,6%	115—46%	13— 5%	52—23,8%	6
	ж. 7—3.5%	36—18%	89—44.5%	26—13%	42—21%	—

Относительно гонорреи, как видно из таблицы, мы имеем закономерное уменьшение хронических форм триппера и увеличение свежих форм, как у мужчин, так и у женщин. Наши данные вполне подтверждают данные и других Диспансеров. Распространение гонорреи об'ясняется легким способом его передачи и несовершенством лечения.

Распределение форм гонорреи по обращаемости по годам

Таблица 6

Годы	Острая	Хроническая
1924	муж. 227—45,4%	273—54,6%
	жен. 41—25,6%	118—74,4%
1925	муж. 478—59,8%	275—40,2%
	жен. 96—32%	222—68%
1926	муж. 528—75,4%	172—24,6%
	жен. 105—52,5%	101—47,5%
1927	муж. 609—76,1%	164—23,5
	жен. 159—53,0%	112—47,0%

Распределение больных по возрасту:

Таблица 7

Возраст	1926 г.	1927 г.
От 1—10 л. .	м. 2	м. 4
	ж. 95	ж. 63
От 11—15 л. .	м. 3	м 15
	ж. 16	ж 13

Продолжение табл. 7

Возраст		1926 г.	1927 г.
		В процентах	
От 16—20 л.	м.	174—13,4	м. 217—13,8
	ж.	131—13,1	ж. 150—14,6
От 21—25 л.	м.	417—30,6	м. 494—31,5
	ж.	310—30,1	ж. 322—31,4
От 26—30 л.	м.	384—27,8	м. 457—29,2
	ж.	253—25,3	ж. 231—22,4
От 31—40 л.	м.	269—18,8	м. 259—16,7
	ж	140—14	ж. 186—18,2
От 41—50 л.	м.	76—5,8	м. 90—5,8
	ж.	47—4,6	ж. 51—5,1
От 50—60 л.	м.	19—1,7	м. 22—1,4
	ж.	16—1,6	ж 12—1
Свыше 60 л.	м.	14—1	м. 8—0,5
	ж.	4—0,4	ж. 0

Как и следовало ожидать наибольшее количество заболеваний падает на возраст 21—30 лет, с 31 летнего возраста начинает уже резко падать.

Национальный состав наших больных

Таблица 8

	1926 г В %%	1927 г. В %%
Белоруссы	62,9	61,35
Евреи	16,4	19,8
Русские	9,9	11,1
Поляки	5,9	5,5
Прочие	4,9	3,3

Рассмотрев национальный состав наших больных, мы видим, что по отношению к общему числу белоруссы занимают первое место, составляют 62,9% всех больных. Составляя несколько большую часть населения по отношению к белоруссам, евреи продолжают давать меньше в три раза венерических заболеваний.

Социально-бытовые и жилищные условия наших больных, как видно из таблицы, являются благоприятным фактором в смысле распространения вен. болезней внеполовым путем, однако таких случаев, за исключением врожденного сифилиса, мы не наблюдали.

Социально-бытовые условия наших больных:

Таблица 9

		В процентах
Питание:	Дома	80,6
	В общей столовой	19,4
Пользование полотенцем и мылом:	Общим	49
	Отдельным	51
Пользование постелью:	Отдельной	48
	Общей	52
Квартирные условия:	В 1 общей комнат.	16,1
	В 2 „ „	26,5
	В 3 „ „	24,5
	Отдельно в 1 ком.	16,1
	В общей семье	4,9
	В общежитии	6,6
	В чужой семье	5,3

Венерические болезни и образование:

Таблица 10

	1926 г. В % %	1927 г. В % %
Высшее . . .	0,7	0,7
Среднее . . .	14,3	14,2
Низшее . . .	27,9	24,8
Домашнее . . .	32,2	36,3
Малограмотных . .	6,2	9,8
Неграмотных . .	18,7	14,2

Осведомление о заражении:

Таблица 11

	Мужчины В % %	Женщины В % %
Не были осведомлены . .	16,3	26,2
Осведомлены из книги . .	15,6	8,9
Из лекций	37,7	17,4
От знакомых . . .	30,4	47,5

Установить влияние образования на вен. болезни не приходится, интересно отметить падение числа заболеваний неграмотных, которые в 1926 году составляли 18,7%, в 1927 году—14,2%. Не безынтересно указать, что значительный процент обратившихся мужчин, еще больший процент женщин не осведомлены о заражении вен. болезнями. Это указывает, что сан-просвет недостаточно проник еще в массы трудящихся,

Д-р Вейн М. А. [1]) на материале 2-го Московского Вен. Диспансера нашел среди своих больных 22% совершенно неграмотных; из мужчин 45%, среди женщин—81%, не имевших представления о вен. болезнях до заражения.

Социальный состав больных:

Таблица 12

	1926 г. В % %	1927 г. В % %
Застрахованные . . .	53,3	56,6
Иждивенцы и члены семьи .	22,0	15,3
Приравниваемые (красноармейцы, безработные и учащиеся) .	12,6	15,9
Инвалиды	0,3	0,2
Крестьяне	7,6	4,7
Кустари	1,0	—
Свободная профес. . . .	2,5	2,5
Деклассированные . . .	0,7	4,8

Несмотря на то, что Диспансер оказывает всему населению бесплатную медицинскую и медикаментозную помощь, группа застрахованных занимает доминирующее место.

---

[1]) Вейн М. А. „Основные факторы, влияющие на рост и распространение вен. болезней“. Венерология и дарматология 1925 г. № 6.

Источник заражения:

Таблица 13

Мужчин	1926 г. В % %	1927 г. В % %	Женщин	1926 г. В % %	1927 г. В % %
От проститутки	56,6	40.1	От мужа	54,0	64,2
От знакомой	32,5	33,0	От знакомого	26,0	28,2
От жены	6,8	12,3	От малознак.	7,0	5,6
От крестьянки	1,6	—	От родствен.	2,9	—
Не знает	2,5	—	Не знает	10,1	—
Случайная связь	—	14,6	Прочие	—	2,0

Место заражения

Таблица 14

	1927 год В %%		1927 год В %%
В чужой квартире	м. 36,4 ж. 80,3	Гостиница	м. 5,6 ж. 0
В своей квартире	м. 23,8 ж. 8,5	На улице	м. 15,6 ж. 0
Парк	м. 17,0 ж. 0	Прочие	м. 1,6 ж. 11.2

Распределение больных по семейному положению:

Таблица 15

		Сифилис				Триппер				Проч. болез.		Итого		Всего	В %%	
		Свежий и вторичн. с явлениями		Прочие формы		Острый		Хронический								
		Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.		Муж.	Жен.
Холостых девиц	1926	68	22	54	45	338	19	97	19	201	14	758	119	877	59,2	18,8
	1927	40	19	54	29	341	39	77	25	196	20	708	132	840	55,1	23,2
Женатых замужних	1926	35	45	79	149	170	65	71	63	132	57	487	379	860	38,3	60,1
	1927	15	25	109	69	208	100	67	79	135	86	534	359	893	41,7	62,3
Разведен.	1926	1	50	—	15	13	11	1	13	—	3	15	92	107	11	14,3
	1927	2	2	5	12	12	10	3	13	9	10	31	47	78	18	8,2
Вдов	1926	2	5	5	22	7	5	2	6	2	3	18	41	59	1,4	6,8
	1927	1	2	2	11	3	7	1	9	7	7	14	36	50	1,3	6,3
Итого	1926	106	122	138	231	528	100	171	101	335	77	1278	631	1909	100	100
	1927	58	48	170	121	564	156	148	126	347	123	1287	574	1861	100	100

По вопросу об источниках заражений бросается в глаза в 1926 г. большой процент проституток. В 1927 году мы имеем как-бы уменьшение, но зато мы имеем 14,6% от случайной связи, которую можем отнести также к первой группе и тогда цифра станет стабильной.

Л. Кунин [1]) в своей работе „Венерические болезни среди рабочих металлистов гор. Харькова" указывает, что источником заражений для больных в 52% явились проститутки; выделяя свежие случаи заражения, он получает заражение от проституток в 39%; Федоровский для Украины установил в 45% заражение от проституток. У нас

[1]) Кунин—Венерические болезни среди рабочих металлистов г. Харькова. Труды Хар. Госуд. Вен. Инст.

в Минске % заражения от проституток значительно больше. По довоенным данным Чистяков в Петербурге на 500 венерических больных нашел в 73% источник заражения проститутку, Бляшко—62,7%, Пинкус—на материале 2512 гонорройных больных, как источник заражения проститутку дает 62,5%, Фурнье на 387 случаев в 65% видит проституцию.

Печальный, но необходимый вывод из этого тот, что обращение к услугам проституции не уменьшается. Интересно то, что по нашим данным—в пьяном виде заразилось 65,3%; алкоголь берет верх над рассудком. Для женщины главный источник заражения является муж, составляет в 1926 г. 54%, в 1927 г. 64,2%.

В начале 1927 года мы заинтересовались вопросом, когда происходит заражение венерической болезнью: до или после брака и нашли, что мужчины в 62% заболевают до брака и в 38% после брака, женщины же в 27% до брака и 73% после брака.

Говоря о месте заражения по материалам за 1927 год (в 1926 г. этот вопрос недостаточно заполнялся), необходимо отметить, что квартира партнерши занимает первое место—36,4%, затем идет парк, улица, составляя вместе 32,6%; гостиницы, бани, обычные места проституции в старое время, сейчас занимают малое место, правда мы имели в 8 случаях заражений в притонах.

Таблица семейного положения указывает, что первое место занимают холостые, составляя 59,2%, второе женатые—38,3%, для женщин замужних составляют 60,1%.

Половая жизнь наших больных складывалась в следующем виде: первый coitus с 11 до 15 лет—7,3%; с 16 18 лет—51,3%; с 19—21—26,9%; с 22—25—9,5%; с 25 и старше—2,2%. Не помнят—6,1%; 62,5% имеют coitus с разными лицами, что говорит о беспорядочной в половом отношении жизни наших больных.

Выводы

Подводя итоги нашей работы, мы приходим к след. выводам:

1. Несмотря на то, что в 1927 году мы имеем снижение обращаемости за счет заразных форм сифилиса, все же отчетные данные за три года не дают нам права говорить об уменьшении заболеваемости сифилисом в Минске.

2. Алкоголь и проституция продолжают играть доминирующую роль в распространении венерических болезней.

3. Большинство женщин заражаются, состоя в браке.

4. Так как значительная часть больных, особенно женщин, не были знакомы с венерическими болезнями до заболевания, необходимо усилить санпропаганду.

5. Необходимо расширение коечного фонда для венерических больных в Минске из расчета 1 койка на 2000 чел., что для Минска составит 60 коек.

6. По отношению к уклоняющимся от лечения в заразном периоде необходимо применять принудительные меры

7. Для правильного учета вен. заболеваний в Минске необходимо централизовать его в Диспансере, обязав врачей, занимающихся частной практикой, регулярно посылать анонимные карточки по выработанной форме о всех лечащихся у них вен. больных.

8. Для выяснения с возможно большей точностью числа вен. больных, необходимо произвести 5-ти дневную перепись вен. больных не только по леч. учреждениям, но и по кабинетам частно-практикующих врачей.

(Из Гомельской Санитарной Станции Зав. Д-р Л. С. Марголин).

Обследование Гомельской щетинной фабрики „Красный Октябрь".

В. С. Переплетчикова и Л. С. Марголин

Гомельская щетинная ф-ка „Красный Октябрь" открылась в г. Гомеле в 1919 году. Первоначально она помещалась в совершенно неподходящем здании. В 1923 г., по настоянию саннадзора и Охраны Труда, была перенесена в капитально отремонтированное 3-х этажное здание. Мастерские расположены на 1-м и 2-м этажах; на 3-м—столовая, раздевальня и умывальная. Система расположения комнат—коридорная. Склады сырья и готового фабриката помещаются в подвальном этаже.

Всего имеется 9 мастерских; в каждой мастерской, в среднем работает 13-14 чел. за исключением отделения конского волоса, где находятся всего лишь 2 чел.

Об'ем воздуха в мастерских на каждого рабочего, в среднем равен 1,2 куб. саж. Естественное освещение достаточное: средний световой коэффициент 1:4,45 (минимум 1:6,6, максимум 1:3). Постоянная запыленность окон несколько ухудшает естественное освещение.

Рабочие столы расставлены у стен, где расположен источник света, так что свет падает прямо на работающих, только незначительная часть столов расставлена у глухих стен и свет падает на них сбоку.

Вентиляция—фрамуги и форточки, фрамуги имеются во всех окнах.

При определении метеорологических условий (в разное время и при разной погоде) оказалось, что в то время как температура воздуха, равняющаяся в среднем 14-16° по С. и относительная влажность, в среднем—70-80%, в разных отделениях от указанных средних величин особых отклонений не дают, кататермометрические данные указывают, что в наиболее скверных метеорологических условиях находятся отделения, расположенные в 1-м этаже (несколько меньшая кубатура, большая загроможденность сырьем).

В указанных отделениях H=от 1,0-2,3; в остальных H—колеблется от 6,8 до 7,3, что для лиц, занятых легкой физической работой, при применении норм проф. Хилля, является вполне благоприятным показателем.

Краткий очерк производственного процесса.

Сырье доставляется в мастерские из склада ручным под'емником. До под'емника чернорабочие несут груз на себе, так как специальных тачек нет. В мастерские щетина доставляется в мешках, там они распаковываются, причем щетина из мешков извлекается постепенно: по опорожнении—мешок выворачивается и вытряхивается. В течение месяца фабрикой вырабатывается 750 пудов сырья. Каждая мастерская получает определенное количество сырья, соответственно количеству рабочих и их разряду. В 6-ти отделениях вырабатывается фабрикат из мягкой щетины до 4½ дм. длины, щетина длиннее 4½ дм. передается для обработки в 7-ое отделение (шлегер). Из первых же 6 отделений выбирают из общей массы твердую щетину и передают для дальнейшей обработки в 8-ое отделение (штайфе). Когда весь процесс

обработки окончен, готовый фабрикат укладывается в бочки и последние спускаются на склад.

9-ое отделение предназначено исключительно для обработки конского волоса, причем как сырье, так и фабрикат на общем складе не хранятся, а для этого имеется особый склад вне пределов ф-ки.

Среди рабочих данной ф-ки различаем 6 детальных профессий. *Сортировщик*—сортирует щетину по соответствующей длине, окраске и качеству. При сортировке выделяется наибольшее количество пыли и грязи. *Чесальщик*—отделяет пух от волоса посредством чесанья пучков щетины на металлическом гребне. *Мешальщик*—подбирает волосы по цвету, расчесывая на металлическом гребне и соединяя разные пучки. *Вытягивальщик*—подбирает волос по длине: посредством ножа быстрыми движениями вытягивает длинные волосики и удаляет их, кроме того металлическим гребешком вычесывает волосики, лежащие своими головками на хвостовой стороне пучка (отчасти это делает и вязальщик). *Вязальщик*—составляет пучки и связывает их шпагатом. *Сортировщик конского волоса*—сортирует конский волос по различным сортам, причем очищает его от грязи, встряхивая пучок и выбирая грязь своими руками. Кроме того, имеются чернорабочие, на обязанности которых лежит доставка сырья по отделениям и готового фабриката на склад, а также ежедневная уборка мастерских.

Строгого подразделения работ по специальностям в отделениях нет; ввиду того, что работа производится всем коллективом, рабочим квалифицированным, умеющим производить все виды работы, приходится, проделывая один вид работы, браться за другую.

Из вредных факторов производства, несомненно, самым значительным является обилие пыли, выделяющейся во всех стадиях обработки щетины и волоса, в особенности же при сортировке.

Потолки и стены покрыты густым слоем пыли, также халаты, руки и лица рабочих; в носу и во рту у рабочих полно пыли. При выработке одного пуда сырья образуется до 2-х фун. пыли.

Следующие таблицы дают представление о количестве и качестве пыли на обследованной ф-ке:

Таблица 1

Отделения	Колич. пыли на 1 кубич. метр
1. Обработка мягкой щетины	42 миллигр.
2. " " "	15 "
3. " " "	62 "
4. " " "	65 "
5. " " "	60 "
6. " " "	32 "
7. Шлегер	95 "
8. Штайфе	57 "
9. Обработка конского волоса .	175 "

Таблица 2 (сравнительная)

Где производилось обследование	Обрабатыв. материалов	Число определений	На 1 куб. метр возд. в миллигр.		
			Минимум	Максимум	Среднее
1. Щетинная ф-ка г. Харькова 1923 г.	щетина	7	50	180	107
	кон. волос	5	50	225	119
2. Щетинная ф-ка г. Гомель 1927 г. .	щетина	8	15	95	53,5
	кон. волос	2	150	200	175

Определить запыленность воздуха при отдельных процессах в мастерских нам не удалось, т. к. в каждом из отделений собственно производятся все виды работы, но по следующим данным видна разница между запыленностью отделений, в которых происходит сортировка (отделения по выработке мягкой щетины) и отделениями, где таковая не производится (шлегер, штайфе), а именно: в первых отделениях среднее количество пыли на 1 куб. метр воздуха 61,8 милигр., а в остальных 28,5 милигр.

Таблица 3 (морф. и хим. состав пыли)

№№ отд.	Обрабатыв. материал.	Влага	Органич. вещества	Неорганич. вещества	Микроскоп
		в $^0/_0$ $^0/_0$			
1	Щетина	5,3	44,4	50,3	Отрывки волос, растительные клетки, крахмальные кристаллы, песок, плоский эпителий, яички насекомых, стафилококки (золотистый и белый), сенная палочка и плесн. грибки.
2	„	7,2	61,5	31,3	
3	„	4,8	59,4	35,8	
4	„	6,4	41,3	52,3	
5	„	7,0	51,2	41,8	
6	„	4,6	49,2	46,2	
7	„	10,0	47,3	42,7	
8	„	6,9	52,2	42,9	
9	„	4,5	49,7	45,8	
	Среднее .	6,3	50,68	43,01	

Из других общих вредных факторов производства необходимо отметить: постоянное непосредственное соприкосновение с грязным сырым материалом, что вызывает сильное загрязнение тела и вместе с тем частые кожные заболевания, особенно у чесальщиков и мешальщиков, работающих на гребнях с острыми зубцами; сырой материал, в особенности конский волос, всегда таит в себе возможность заразы сибирской язвой (в 1927 г. было 2 случая заболевания сибирской язвой, причем, как выяснилось обследованием, источником заразы оказался конский волос); неудобное положение тела во время работы— все работают стоя, что содействует утомлению рабочих.

Режим рабочего дня. Всех рабочих на фабрике 113 чел., мужчин 87, женщин 26, подростков мужского пола—4 чел., подростков—девочек—3 чел.

По национальности: 86% евреев и 14% русских.

Распределение рабочих по возрасту и стажу — Таблица 4

Возраст	Стаж								
	до 1 г.	1–5	5–10	10–15	15–20	20–25	25–30	30–35	Всего
16–19 .	8	7	—	—	—	—	—	—	15–13,5%
20–29 .	1	17	15	26	3	—	—	—	62–57%
30–31 .	—	2	—	2	4	11	—	—	19–17,5%
40–49 .	—	2	—	--	1	1	—	3	7–6,4%
50 и выше	—	—	1	—	1	—	4	—	6–5,5%
Всего .	9	28	16	28	9	12	4	3	109

На фабрике установлен 6-ти часовой рабочий день, работают в одну смену: зимою—с 8 час. утра до $2^1/_2$ час. дня, летом—с 7-ми час. утра до $1^1/_2$ дня. Перерыв на завтрак—полчаса.

Столовая занимает большую комнату в 13,85 кв. саж. Содержится чисто. Ввиду того, что столовая не вмещает всех рабочих, они завтракают в 2 группы: с 10½ час. до 11 час. и с 11-ти до 11½ час. Умывальная занимает 2 комнаты в 7,4 кв. саж. Умывальников достаточно —1 кран на 12 рабочих. На каждого рабочего отдельное полотенце (еженедельно меняется). Мыло ежемесячно выдается на руки рабочим. Чашки для чая хранятся в отдельных ящиках 2-х шкафов и находятся в отдельной комнате. Раздевальня—2 комнаты 14,3 кв. саж., на каждого рабочего 1 крючек. Спецодежды недостаточно и редко меняется. Для хранения спецодежды отдельного помещения нет, а потому рабочие оставляют ее на столах в мастерской.

Условия быта. Зарплата. Единственным источником дохода всех рабочих является зарплата. Оплата труда производится в зависимости от количества вырабатываемого товара. Каждое отделение работает коллективно и получает определенную сумму, причем при оплате принимается во внимание как количество, так и качество сданного готового фабриката. Получаемая сумма распределяется между рабочими пропорционально квалификации (разряда). Сумма заработка рабочих колеблется между 70—120 руб., минимум 30 руб., ученики—20 руб.

Жилищные условия. В отношении жилищных условий приходится выделить группу в 20 ч., живущих в ЖАКТ'е щетинщиков, жилищные условия которых вполне удовлетворительны: светлые, большие комнаты, все удобства (ванны, души), содержатся квартиры в полной чистоте. 30% рабочих живут в удовлетворительных квартирах, 36,5% в неудовлетворительных (малая кубатура, сырость, недостаточное освещение и т. п.), 16%—в скверных (углы).

Питание вполне достаточное в 28%, недостаточное в 9%, остальные рабочие питаются достаточно, но не удовлетворительно (масло, молоко, яйца изредка, мясо не ежедневно). Нужно отметить, что 75% рабочих перед уходом на работу дома не завтракают. *Окружающая обстановка* (в смысле наличия белья, необходимых предметов домашней обстановки) удовлетворительна лишь в 51%. Из всех рабочих курящих—30%, пьющих всего лишь—2,7%.

Состояние здоровья щетинщиков. Одновременно с обследованием профвредностей и быта щетинщиков 109 рабочих были подвергнуты тщательному медосвидетельствованию через районные амбулатории и Поликлинику. В результате оказалось:

Забол. верхн. дыхат. путей	Туберкулез	Забол. сердца и сосудов	Забол. нервной системы	Забол. легких	Забол. органов пищеварения	Забол. кожи	Кон'юнктура
81,7%	36,7%	32%	10%	10,1%	4,6%	13,6%	9,17%

Как видим, наибольшее количество заболеваний относится к верхним дыхательным путям и туберкулезу, что можно об'яснить влиянием главного вредного фактора производства—сильной запыленностью воздуха; этим же об'ясняются сравнительно частые заболевания кон'юнктивитами.

По данным Страхкассы за 1926 г. рабочими щетинной фабрики пропущено всего 2393 дня по болезни, что составляет, в среднем, на каждого рабочего 21 раб. дней.

Распределения заболеваний по возрасту, стажу и детальным профессиям видны из следующих таблиц:

Распределение заболеваний по возрасту

Таблица 6

Возраст	Колич. рабочих	Туберкулез	Забол. верхних дыхат. путей	Забол. легких	Забол. сердца и сосудов	Заболев. нервн. системы	Забол. орган. пищеварен.	Забол. кожи	Кон'юнктивит
		В % %							
16–19 .	15 ч.	21,4	60	6,6	33,1	20	—	—	6,6
20–29 .	62 „	72	92	14,6	40,7	8	3,3	3,3	6
30–39 .	19 „	39	90	5	25,3	10,5	10	5	2
40–49 .	7 „	29	85	—	85,7	14,2	14,28	—	28
50 и выше	6 „	—	16,6	—	49,9	—	—	16,6	16,6

Распределение заболеваний по стажу

Таблица 7

Стаж	Колич. рабочих	Туберкулез	Заболев. верхн. дыхат. путей	Забол. легких	Забол. сердца и сосудов	Заболев. нервн. системы	Забол. орган. пищеварения	Забол. кожи	Кон'юктивит
		В % %							
До 1 г.	9 ч.	11	77,7	11,1	33,3	11	11	—	22
От 1–4 л.	28 „	35,7	82,1	25	2,5	14,2	5	35,6	5
„ 5–9 „	16 „	37,5	81	12,5	37,5	6,25	—	6,25	6,25
„ 10–14 „	28 „	50	96	14	14	10,7	—	—	
„ 15–19 „	9 „	33,3	100	—	100	22,2	22,2	—	22,2
„ 20–24 „	12 „	33,3	8,3	—	8,3	—	—	—	25
„ 25–29 „	4 „	—	—	—	100	—	—	—	—
„ 30–35 „	3 „	66,6	66,6	—	100	—	—	—	33,3

Распределение заболеваний по детальным профессиям

Таблица 8

Детальн. професс.	Число рабочих	Туберкулез	Заболев. верхн. дыхат. путей	Заболев. легких	Забол. сердца и сосудов	Заболев. нервной системы	Забол. орган. пищеварения	Заболев. кожи	Кон'юнктивит
		В % %							
Чесальщик	31 ч.	27	86	6,6	70	13,5	3,3	32,1	6,6
Мешальщик	16 „	50	68	6,25	12,75	25,	12	31,2	20
Сортировщ.	28 „	42,8	75	—	75	21,8	—	—	7
Вытягивальщики .	14 „	50	71,5	—	50	7	7	—	4
Вязальщик	15 „	40	86,6	7	66	13	6	—	13
Сортировщики конск. волоса .	2 „	—	100	—	100	—	—	—	50
Чернорабоч.	2 „	50	50	—	—	—	—	—	50

Не относя сравнительно повышенный процент указанных заболеваний исключительно за счет профессиональных вредностей производства, все же нужно признать, что они являются весьма существенной причиной, способствующей, как возникновению, так и усилению болезненных процессов у рабочих. С этой точки зрения—улучшение условий труда, оздоровление производства, должны дать максимальные результаты и для оздоровления рабочих. С этой целью были предложены следующие мероприятия: 1. Перед поступлением рабочих на щетинное производство установить профотбор, с обращением особого внимания на лиц со слабыми легкими и заболеваниями верхних дыхательных путей. 2. Озаботиться устройством рациональной вентиляции с учетом результатов опыта на Нижегородской щетинной фабрике (по системе профес. Сильвестрова). 3. Сырье доставлять в помещение мастерских в количестве потребном не более чем на 1 неделю; сырье хранить исключительно в закрытых ящиках. 4. Ввиду практикующегося в каждом отделении смешения всех видов производства, что дает постоянную и равномерную запыленность воздуха, провести разделение процесса, так как при некоторых из них можно достигнуть значительного уменьшения запыленности воздуха. 5. Установить производство дезинфекции конского волоса, в случае невозможности—закрыть отд. как неудовлетворяющее минимальным санитарным требованиям и требованиям охраны труда. 6. Механизировать наиболее вредные процессы имеющимися в настоящее время на рынке машинами. 7. Приобрести электрический мотор для под'емника. 8. Приобрести тачки для перевозки щетины из складов до под'емника. 9. Установить в мастерских рациональные сиденья для рабочих. 10. Улучшить уборку помещения фабрики: полы подметать не менее 2-х раз в день (во время завтрака и по окончании работы) влажным способом, общую тщательную мойку производить не менее 1 раза в неделю.

В заключение необходимо отметить, что ко времени разработки настоящего материала к печатанию часть из указанных мероприятий уже проведена в жизнь: приобретен электромотор для под'емника, выделены некоторые процессы из общих отделений с целью уменьшения запыленности воздуха в мастерских, сырье хранится в помещении исключительно в закрытых ящиках, закрыто отделение конского волоса, улучшена уборка помещений фабрики.

В выполнении санитарно-гигиенических исследований, упомянутых в настоящей работе, принимал участие врач санитарно-гигиенического отделения Санстанции, А. М. Каценеленбоген.

История развития врачебного дела в Минской губернии в дореволюционное время

С. Урванцов

Во время оккупации немецкими и польскими войсками Северо-Западного Края, не мало пропало документов, имеющих историческое значение для изучения развития врачебного дела в Минской губернии, в этом отношении особенно пострадал архив Врачебной Инспекции. С делами исчезли также ценные книги, картины и пр., все было вывезено немцами в Германию. То, что уцелело от оккупации, частью расхищено, частью осталось разрозненным по некоторым учреждениям. Исчезают документы, исчезают постепенно и лица, в памяти которых сохранилась дореволюционная медицина. Принимая ближайшее участие в строительстве врачебного дела в Минской губернии, я считаю своим долгом запечатлеть те сведения, которыми я располагаю в настоящее время.

Минская губерния в числе других губерний Северо-Западного Края была одна из отсталых по устройству медицинского дела. В то время, когда в России было введено земство, в Минской губернии до 1903 г. действовал приказ общественного призрения.

Городские больницы Приказа Общественного Призрения обслуживали преимущественно государственные нужды, в них лечились проститутки, сифилитики, арестанты, чины воинской команды, испытуемые и частью городское население. Амбулаторного приема не существовало. Больниц Приказа Общественного Призрения числилось десять согласно числу городов с 270 штатными койками, кроме того, при Минской Городской Больнице находилось отделение для умалишенных на 60 коек и богадельня с отделением для неизлечимых на 110 коек. Мрачный вид больниц, их неустроенность, примитивная помощь отталкивали население от больниц, не внушали населению доверия; отсюда тот страх к больницам, который не исчез окончательно и до сего времени.

В уездных больницах Приказа Общественного Призрения врачебною частью заведывали городовые врачи, при них состояли смотрители, письмоводители и фельдшера. При Минской Городской больнице штат состоял из старшего врача, двух ординаторов (хирурга и психиатра), трех фельдшеров, семи сестер, смотрителя, письмоводителя и кастелянши.

Сельская сеть состояла из 18 сельско-врачебных участков, по два в каждом уезде, в каждом участке сельская больница на 10 коек, а всего в больницах 180 коек, позднее в м. Рубежевичах была основана лечебница для сифилитиков на 15 коек. Кроме больниц сельские участки имели 36 фельдшерских пунктов с приемными покоями при них на 2 койки (в Барановичах приемный покой на 4 койки специально для осмотра проституток). Всего сельская медицина располагала 271 койкой.

Для борьбы с эпидемиями при Врачебном Отделении состоял врач для командировок. Штат сельской сети состоял из 20 врачей, 121 фельдшера (19 при лечебницах, 36 в приемных покоях и 66 при фельдшерских пунктах) и 27 повивальных бабок. На содержание сельско-медицинской части было ассигновано 112.945 руб. В июле 1903 г. вся врачебная часть от Приказа Общ. Призрения и сельская медицина от Врачебного Отделения перешла в ведение Губернского Комитета по делам земского хозяйства (Полуземство). Губернский Земский Комитет принял от старой организации 10 городских больниц с 270 койками, 19 сельских с 195 койками и 37 приемных покоев с 76 койками, а всего 541 койку. Губернский Земский Комитет за восьмилетнее свое существование значительно расширил врачебную сеть в уездах, соответственно чему увеличилось число коек, врачей и прочего медицинского персонала; увеличилась и смета на врачебную часть. Минские „богоугодные заведения" переименовываются в Губернскую больницу, при последней в 1904 г. была открыта амбулатория и учреждены дежурства врачей. Установлена биологическая очистка. В 1905 г. построен при Губернской больнице заразный барак, который затем был отведен под хирургическое отделение. В 1908 г. присоединена больница для хроников.

В 1908 г. основаны при Земских Управах Врачебно-Санитарные Советы. Губернский Врачебно-Санитарный Совет внес значительные улучшения в постановке врачебного дела в Минской губернии, им были выработаны нормы пищевого довольствия, правила для составления смет, нормы инструментария лечебных, фельдшерских и акушерских пунктов, каталоги лекарств для указанных пунктов, нормы бельевого хозяйства, инструкции для медицинского персонала и пр. Позднее при Губернской Управе была учреждена должность Губернского Санитарного Врача, установлены научные командировки врачей. В феврале 1911 г. открыта Земская Пастеровская Станция и при ней химико-бактериологическая лаборатория (Набережная ул.). В 1910 г., в целях расширения Губернской Больницы богадельня при ней была переведена в Ново-Борисов, что дало возможность расширить Психиатрическое Отделение до 200 коек. 200 психиатрических коек Минская губерния имела при Вилейской Окружной Психиатрической Лечебнице. Ко времени введения земства в Минской губернии (1911 г.) положение медицинского дела было таково.

Минская губерния в 1911 г. по своему пространству занимала— 80.152 кв. верст с количеством населения в два с половиною миллиона. Ввиду разнообразного характера почвы и массы болот, плотность населения далеко не одинакова во всех уездах. Губерния делилась на 49 врачебных участков, в среднем на врачебный участок приходилось 1.635 кв. верст и 52 тысячи жителей, радиус врачебного участка равнялся 40 вер. На земской службе состояло 69 врачей (в городах 28, в уездах 41), 222 фельдшера (при больницах 83, на самостоятельных пунктах 138), 53 акушерки (при больницах 50, на самостоятельных пунктах 13), 1 фельдшерица-акушерка, 1 провизор, 1 его помощник и 11 сестер (при Губернской больнице). Кроме земского медицинского персонала сельские общества ввиду необеспеченности населения врачебною помощью содержали на свой счет институт волостных фельдшеров, которых насчитывалось в губернии 114.

Госпитальная помощь в земской медицине занимала второстепенное место, центр земской медицины находился в амбулатории.

Всего земских больниц в губернии было 44 с 1158 койками (1 койка на 2700—4400 чел.). Число коек между городскими и сель-

скими больницами распределялось неравномерно. 8 больниц в уездных городах имели 309 коек, тогда как 34 сельских больницы, обслуживающие население свыше $1^1/_2$ миллиона, имели всего 429 коек. Из 44 больниц—31 помещались в собственных зданиях, остальные в наемных. Заразных бараков было 14 с 172 койками, из них 6 при городских больницах и 8 при сельских, изоляционных комнат 19 с 39 койками. При 8 больницах не было спец. операционной. В 15 больницах имелись спец. комнаты на 1—2 койки для рожениц. Ванн не имели 9 больниц и только 10 больниц имели прачечные. Минская Губернская Земская Больница, учрежденная в 1815 г., располагала ко времени введения земства в 1911 г. 380 койками, из них 65 коек в терапевтическом и венерическом отделениях, 68—в хирургическом, 47—в заразном и 200—в психиатрическом. Больница для хроников (Ямная ул.), учрежденная в 1905 г., имела 40 штатных коек.

После трех лет существования Земства медицинская смета в 1914 г. увеличилась на 40%: в 1911 г.—533, в 1914 г.—835 тысяч. Сеть врачебных участков увеличилась на 33%. Число участков увеличилось до 66 (было 49), число врачей 81 (было 57).

При Губернской Земской Управе впервые в 1912 году был созван С'езд земских врачей для выработки мер борьбы с свирепствовавшей в то время эпидемией скарлатины. Этот с'езд положил начало учреждению Медико-Статистического Бюро, разработал мероприятия против распространения эпидемических заболеваний.

С наступлением войны, земская медицина поддерживала лишь то, что было создано до этого времени.

Обслуживание городского населения медпомощью было очень плачевно: в 8 уездных и 2 заштатных городах не было ни одного городского лечебного заведения, только Бобруйск субсидировал амбулаторию О-ва врачей. В Пинске и Слуцке имелись санитарные врачи и в последнем, кроме того, санитарный фельдшер. Бобруйск, Игумен и Мозырь субсидировали городовых врачей. На борьбу с эпидемиями ассигновывали все города, за исключением Игумена и Слуцка, где имелись санитарные врачи, и г. Докшицы. Бобруйск, Борисов и Слуцк содержали ассенизационные обозы и заботились об очистке ретирадов. Пинск ассигновывал средства на содержание свалок, Бобруйск и Игумен—на осмотр проституток. На медицинскую часть ассигновывались слишком незначительные суммы. Общая смета в 1913 г. всех городов вместе с г. Минском равнялась 1.451.478 руб. $32^1/_2$ коп., из них только 38.854 руб. 76 коп. (2,67%) предназначались на врачебно-санитарную часть. Ассигнований на медицинскую часть в Докшицах не было, Борисов отпускал 0,3% сметы, Пинск—0.5%, Мозырь 0.7%, Новогрудок 0,8%, Игумен 1,05%, Несвиж 1,23%, Слуцк 1,58%, Речица 1,73%, Бобруйск 1,82%.

Г. Минск с населением в 103.132 жителей расходовал на врачебно-санитарную часть в 1913 году 33.181 руб. 76 коп. (3,44% общей сметы). Деятельность Минского Городского Управления по врачебно-санитарной части выражалась в содержании городского санитарного Комитета с больницей для проституток, городской амбулатории, изоляционной квартиры, городского родильного приюта, дезинфекционной камеры, секционного покоя, ассенизационного обоза, кроме того в мероприятиях, направленных к улучшению общих санитарных условий и содержании медицинского персонала. В исключительных случаях Городское Управление принимало участие в борьбе с эпидемическими заболеваниями.

После введения земства начинается более усиленная деятельность Минского Общественного Управления: была открыта образцовая больница для остро-заразных больных, число городских санитарных врачей доведено до трех, учреждена 2-я городская амбулатория, расширена водопроводная сеть, замощена обширная площадь городских улиц и площадей, учрежден при Городской Управе Врачебно-Санитарный Совет, открыта городская аптека, изоляционное помещение. На очереди стояли поднятые вопросы о канализации, постройке венерической больницы и проч.

Небезынтересно остановиться несколько подробнее на рассмотрении некоторых городских лечебно-санитарных учреждений г. Минска. Больница для проституток была открыта в 1898 году (Татарская ул.). Штатных коек 25 и запасных 2. Штат больницы: ординатор, фельдшерица и 3 сиделки. На содержание в 1913 г. было ассигновано по смете 6343 руб. 15 коп., в счет этой суммы предусматривалось 4706 р. от содержательниц домов терпимости и квартирохозяек.

Первая городская амбулатория (Юрьевская ул.) возникла в 1899 г. по инициативе Общества Минских врачей. Штат амбулатории состоял из двух врачей, аптекаря и фельдшера. На содержание амбулатории в 1913 г. было ассигновано 5028 руб. За медицинский совет малосостоятельные платили 10 коп., а на дому 20 коп., бедные—бесплатно.

Городской родильный приют (Веселая ул.) открыт в 1895 г. Число штатных коек 19. Штат приюта состоял из врача и 3-х акушерок. На содержание приюта в 1913 г. было ассигновано 5735 руб. 26 коп., сюда входили пособия от высочайших покровительниц 300 р., от Минского земства 1000 руб., из коробочных сборов 250 руб., от Управления Либаво-Роменских жел. дор. 250 руб. В приюте была установлена впоследствии биологическая очистка.

Городская Дезинфекционная Камера (Побернардинские лавки) открыта 5 февраля 1905 г. За дезинфекцию взималась плата (3 руб. каждые 100 метров), малосостоятельным скидка 50%, бедным—бесплатно. На содержание по смете 1909 г. было отпущено 757 руб. В 1913 г. было ассигновано на содержание секционного покоя (Николаевская ул.) 212 руб., ассенизационного обоза 7537 руб. 15 коп., ночлежного приюта 2699 руб. 59 коп., на производство анализов для городских надобностей 150 руб. и на изоляционные квартиры 660 руб. В 1913 г. ожидалось дохода от ассенизационного обоза 2775 руб. 10 коп. и от ночлежного приюта 1480 руб. Только секционный покой городу дохода не давал.

2-я Городская Амбулатория (Ново-Московская ул.) открыта в 1913 г. Штат состоял из врача, фельдшера и помощника провизора.

13 ноября 1913 года была открыта Остро-Заразная Больница (Николаевская). Первоначально больница была открыта на 60, позднее расширена до 100 коек. Штат состоял из 34 человек. С негородских жителей (из уездов, железнодорожников и пр.) взималась плата.

Еврейское население в городе было лучше обеспечено медицинскою помощью благодаря частной благотворительности. Оно имело собственную больницу (Губернаторскую ул.) на 65 коек и родприют на 8 коек. В период 1912—14 г. г. больница значительно расширяется превращаясь в клинический городок. Построено двух-этажное каменное здание для заразных больных на 32 койки, павильон для оспенных больных на 16 коек, павильон для скарлатинозных больных на 12 коек, в глубине больничного двора на суммы коробочного сбора (12 тысяч) и ассигнование земства (15 тысяч) выстроено двух-этажное каменное здание под психиатрическое отделение на 70 коек, последней построй-

кой было двух-этажное каменное здание, где помещалась аптека, амбулатория, контора. При больнице был оборудован свой рентген.

Существовали О-ва пособия бедным, которые также ассигновывали средства на медпомощь бедному населению города.

Община С/М Красного Креста в Минске была организована в 1903 году. Ея деятельность заключалась в уходе сестер за больными в лечебных учреждениях и в частных квартирах. В 1910 г. Община снаряжала санитарные отряды для борьбы с холерою и свирепствовавшею в Минской губернии эпидемиею оспы, сыпного тифа и скарлатины и в 1912 г. командировала 3 отряда на помощь населению, пострадавшему от неурожая. При Общине, в собственном доме, была открыта временно лечебница на 14 коек, а в 1914 г. на Коломенской ул. было возведено под лечебницу Красного Креста двух-этажное каменное здание на 40 коек, (ныне помещается Нервная Клиника). При Общине была организована подача скорой помощи с выездом санитарной кареты. За время своего существования Община в своей школе подготовила значительный кадр сестер. Во время военных действий Община сформировала и отправила на театр военных действий госпиталь на 200 коек, который впоследствии развернулся до 800, кроме того в Минске было открыто 3 лазарета на 100 коек.

Существовали лечебные заведения и при правительственных учреждениях: больница при Минском тюремном замке на 40 коек, почтово-телеграфная амбулатория, фабрично-заводская амбулатория, больница при духовной семинарии на 10 коек, больница мужского духовного училища на 10 коек; больница при женском духовном училище на 10 коек, приемный покой Александровской жел. дор., приемный покой Либаво-Роменской жел. дор. В 1915 году построена железнодорожная больница, состоящего из главного 2-х этажного корпуса, хирургическим отделением на 20 коек, терапевтическим на 28 и родильное на 6 коек, два одноэтажных барака (на 12—16 коек каждый) под инфекционные заболевания.

Из общественных лечебных заведений Минск имел больницу благотворительного О-ва „Доброчинность" на 24 койки, с небольшим отделением для туберкулезных больных, Амбулаторию Всероссийской Лиги для борьбы с туберкулезом, основанную Минским О-вом Врачей. Приют для вытрезвления О-ва Попечительства о трезвости, при нем амбулатория для алкоголиков с лечением гипнозом, родильный приют Минского отделения Российского О-ва защиты женщин на 10 коек.

Из частных лечебных заведений родильный приют и лечебница по женским болезням Д-ров Иоэльсона и Поляка, на 9 коек, лечебница по женским болезням Д-ров Обезерского и Грабовецкого на 16 коек, глазная лечебница Д-ра Каминского, Хирургическая Лечебница Д-ра Л. Шапиро старшего на 12 коек, Лечебница по женским болезням Д-ра Фогеля. Хирургическая лечебница Д-ра М. Шапиро младшего (Койдановская), Хирургическая и женская лечебница врачей Берлянда, Федоровича, Яновского и др. на 8 коек. Лечебница врачей специалистов, Лечебница физических методов лечения Д-ра Цукермана, убежище для рожениц и родильниц повивальных бабок—Асс. Цуккерберг и Нейфах-Бенемон, Амбулатория при Зубо-врачебной школе Д-ра Шапиро и дантиста Демиховского, Родильный приют акушерки Натанзон на 5 коек. Вблизи г. Минска (ур. Сэнжана) пансион Немаршанской для грудных больных детей. Короткое время существовала амбулатория военных врачей.

Уезды были небогаты общественною и частною медицинскою помощью. В Бобруйске: амбулатория медицинского О-ва, дачная коло-

ния, Бобруйское отделение лиги для борьбы с туберкулезом. В Пинске организована Лига. В Несвиже лечебница Радзивиллов. В. с. Асатевичах Речицкого уезда больница с амбулаторией Н. Е. Рубанова. В Барановичах лечебница Д-ра Козубовского и род. приют повивальных бабок Хавкиной и Мониз.

Рентгеновские кабинеты, кроме Губернской Земской Больницы в еврейской больнице и 3 кабинета у частных врачей.

Из медицинских школ были следующие; Зубоврачебная Д-ра Шапиро и Д-та Демиховского, Акушерско-фельдшерская Д-ра Гутцайта, школа сестер милосердия Красного Креста и акушерская школа О-ва защиты женщин. Земство принимало участие в содержании фельдшерско-акушерской школы в Гомеле. Кроме химико-бактериологической лаборатории при Пастеровском Инстит. существовали 6 частных кабинетов. Частных аптек было в Минске 11, кроме того, одна городск. и одна аптека Либаво-Роменской жел.-дор. Дезинфекционных камер было две: при Губернской и Еврейской больницах. Из обществ имелись: О-во Минских Врачей, учрежденное в 1867 г., О-во Попечения о детях сиротах—врачей. О-во вспомоществования фельдшеров, фельдшериц и акушерок, учрежденное в 1907 г., О-во Минского Отдела Всероссийской Лиги борьбы с туберкулезом, Отделение Русского О-ва охранения народного здравия, Отделение О-ва охранения народного здравия еврейского населения и пр.

В заключение нужно отметить, что до 1903 г. правительство принимало самое ничтожное участие в организации врачебной помощи, допуская лишь в больницах приказа общественного призрения оказывать помощь городскому населению; сельская сеть далеко не могла обслужить нужды сельского населения. Общественная и частная инициатива в то время почти не проявлялась.

С переходом врачебной части в ведение Комитетов по делам земского хозяйства, а потом земства под влиянием общественных сил в Земских Собраниях врачебное дело дало значительные результаты в развитии медицинского дела.

Однако той помощи, которую оказывали новое земство и городское самоуправление далеко было недостаточно, тем более, что гор. Минск взимал, где только можно было с больных плату. Наилучшим доказательством недостаточной помощи населению может служить широкое развитие в городах и частью в уездах общественной и частной инициативы. Еврейское О-во воздвигает ряд больничных учреждений. Общественная помощь до некоторой степени восполняет пробелы земской и городской медицины; что же касается частной, то она была доступна только более обеспеченным слоям городского населения.

Началась война, все внимание было отвлечено военными действиями, деятельность земских и городских общественных учреждений замерла, оккупация еще более нанесла ущерб лечебным заведениям, они постепенно, за отсутствием ремонта, разрушались. Только с приходом новой власти, власти Советов, началась горячая работа строительства, восстановлялись старые здания больниц, широко развернулось строительство новых профилактических учреждений, в результате мы имеем те достижения, которые отмечены в юбилейном номере журнала.

Заметка о трихинозе

Профессор И. Т. Титов

Полное незнакомство широкой публики с глистными инвазиями, незнание способов борьбы с глистами, отсутствие регулярного надзора над животными, мясо которых употребляется в пищу, являются причиной заражения все большего и большего количества животных, а через них и людей. В настоящей заметке я имею ввиду только заражение трихинами. По официальным данным Наркомзема трихиноз свиней в Белоруссии чрезвычайно распространен от 0,1% в среднем до 5-6% в отдельных округах (Гомельский округ). Как известно, это заболевание у свиней протекает без резких клинических явлений и хозяин такой зараженной свиньи сплошь и рядом не знает о болезни принадлежащего ему животного.

Если убой животного производится в городе на скотобойне, то, конечно, трихиноз быстро диагносцируется и зараженная туша уничтожается.

Но убой свиней гораздо чаще производится в деревне кустарным образом. Никакие исследования при этом не производятся и зараженное мясо поступает в пищу, являясь источником заражения иногда значительного числа людей. Возникает эндемия, истинная причина которой, благодаря неопределенным клиническим признакам, сплошь и рядом остается нераспознанной. Не подлежит сомнению, что целый ряд свиных туш, зараженных трихинеллами, с‘едается обывателями. Хорошо проваренная или сжаренная свинина, конечно, не дает заражения, но колбаса, центральная часть которой сплошь и рядом ускользает от действия высокой температуры, может послужить источником заражения целых семей или отдельных групп населения, воспользовавшихся этим мясом. Все чаще наблюдающиеся случаи трихиноза у людей в Белоруссии настойчиво требуют принятия каких-либо экстренных мер.

Неособенно характерные проявления болезни, невнимательное отношение к своему здоровью со стороны деревенских обывателей мешают выявлению настоящего числа заболевших. Возможно также, что часть людей, обращающихся за врачебной помощью, попадает в рубрику больных гриппом—диагноз, который пришпиливается ко всякому больному с неопределенными жалобами на общую слабость, ломоту, легкую утомляемость.

Необходимо обратить внимание товарищей—терапевтов на сравнительно большую зараженность свиней в некоторых местностях Белоруссии трихинозом, а через них и людей и в подходящих случаях не ограничиваться шаблонным диагнозом „грипп“, а подумать и о трихинозе.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ и ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Из Патолого-анатомического Института БГУ

(Директор профессор И. Т. Титов)

К патологической анатомии трихиноза у человека

В. И. Глод-Вершук

Среди паразитарных заболеваний у человека трихиноз занимает одно из наиболее выдающихся мест.

На протяжении многих десятков лет с момента открытия (1865) этой болезни и вплоть до настоящего времени трихиноз человека и животных, а также возбудитель его trichina spiralis является предметом тщательного изучения различных представителей медицины и биологии. Этот интерес станет вполне понятным, если мы вспомним те многочисленные человеческие жертвы, которые были унесены целым рядом трихинозных эпидемий в Западной Европе и России в 70-ых и 80-ых годах прошлого столетия: так, например, знаменитая Гедерслебенская эпидемия дала 30% смертности,—из 304 человек заболевших трихинозом умерло 101!

Последние годы, благодаря предпринятым повсюду санитарно-профилактическим мерам больших трихинозных эпидемий не наблюдается, однако спорадические случаи и мелкие гнездно-вспыхивающие эпидемии трихиноза среди людей имеют место, повидимому, чаще, чем это принято думать, доказательством этого служит статистика исследования трупов лиц, умерших от болезней, ничего общего с трихинозом не имеющих: так в Сев.-Амер. Соед. Штатах Williams на 505 трупов нашел зараженных 27, то-есть 5,34%, при чем 1/3 всех положительных находок составляли трупы душевно-больных. Из сообщений анатомических и патолого-анатомических институтов Сев. Германии, Шотландии и др. стран видно, что там находили трихин в 1, 2, 2½% всех трупов. Zenker в Дрездене на 670 вскрытий нашел трихин 12 раз, что равняется 1,69%. В Эрлангене на 1394 аутопсии трихины найдены всего 2 раза, то-есть в 0,14%. Opalka в Берлине в 1904 году обнаружил трихин в трупах в 5,6%. Руднев в СПБ в 1,5-2%.

О человеческом трихинозе в Белоруссии наши сведения чрезвычайно скудны. Лишь недавно, а именно в начале прошлого года, появилось в печати сообщение доктора Певзнера о 8-ми случаях трихиноза у людей в г. Гомеле. Автор указывает, между прочим, на огромную зараженность трихинозом свиней в Гомельском округе, а именно, до 5-6% и выражает удивление по поводу того, что слишком редко приходится наблюдать эпидемические вспышки этой болезни среди населения. Тем же д-ром Певзнером доложено на с'езде санитарных врачей Белоруссии об эпидемии в 30 случаях с 1 смертным исходом, имевшей место среди крестьянского населения различных деревень Гомельского округа. По неофициальным сведениям отдельные случаи

и мелкие эпидемии трихиноза отмечены в Смиловичском районе и более значительное распространение его в Бобруйском округе.

Каких-либо сведений о человеческом трихинозе в Центральном Статистическом Управлении Белоруссии нам получить не удалось, так как все глистные заболевания заносятся в одну общую рубрику без всяких подразделений.

Между тем, принимая во внимание то обстоятельство, что население Белоруссии, главным образом сельское, питается по преимуществу свиным мясом, мы обратились в Ветеринарное Управление Народного Комиссариата Земледелия с целью выяснить размеры свиного трихиноза в различных местностях и количество потребляемых в пищу свиней населением. Более или менее точные сведения о свином трихинозе имеются там лишь за последние 4 года.

По данным Ветупра оказалось, что на Белорусских скотобойнях в среднем убивается ежегодно до 10 тысяч штук свиней, но значительно большее количество животных крестьяне убивают на дому для своего питания. Среднее число зараженных свиней, убиваемых на скотобойнях по всей Белоруссии, равняется приблизительно 1:700. Отдельные же округа и местности дают подчас неслыханно большие цифры: так Минский округ насчитывает 0,1%, Витебский—0,5%, Слуцкий—1%, Бобруйский—1½-2%, Гомельский—4-6% в то время как в СССР и в Западной Европе сравнительно большим считается 0,05% (1:2000). Что касается географического распространения, то трихиноз впервые был обнаружен в Англии в свиных тушах, затем у человека и у различных млекопитающихся животных во всех странах Европы, несколько позднее в Алжире, в Сирии, Китае, Соединенных Штатах Америки, Мексике, Аргентине и других местах земного шара. Gerlach полагает, что родиной трихиноза является Китай, а свое распространение он получил через свиней, которые в XIX столетии в большом количестве вывозились в Англию и Сев. Германию для улучшения расы местных пород.

Из животных, так или иначе соприкасающихся с человеком, трихины чаще всего были находимы у крыс и у свиней.

Leuckart полагал, что истинными носителями мышечных трихин являются крысы, свиньи же заражаются случайно при поедании трупов трихинозных крыс и что свиньи таким образом в биологии глисты играют лишь случайную, второстепенную роль.

В противоположность этой, так называемой „крысиной теории“ Zenker придерживался того взгляда, что главным хозяином трихины являются не крысы, а свиньи, что весь цикл развития паразита обычно происходит в организме этих животных и что заболевание у них передается из рода в род, благодаря имеющемуся обыкновению откармливать свиней мясными отбросами, куда попадает и зараженное свиное мясо.

Нахождение же трихин у крыс должно было, по Zenker'у, только подтвердить его теорию.

И в самом деле при исследовании им 704 крыс из различных мест получились следующие интересные результаты:

208	на живодернях	46 тр.—	22,1%
224	на бойнях	12 тр.—	5,3%
272	из других мест	1 тр.—	0,3%

Самый высокий процент зараженных крыс был в тех местах, где крысы имели возможность поедать мясо трихинозных свиней.

Человек заражается при употреблении в пищу недожаренного или недоваренного трихинозного свиного мяса. Инкапсулированные в мышцах свиньи паразиты, благодаря действию пищеварительных соков желудка, довольно быстро освобождаются от своей капсулы, проникают в тонкие кишки, где в течение нескольких дней достигают половой зрелости и оплодотворяются. Между 8 и 14 днем паразиты дают новую генерацию интевидных червячков в мускулатуру хозяина. Трихины-самки рождают живых червячков в количестве около 1500 экземпляров, причем процесс родов продолжается несколько дней до недели пока матка не опорожнится от юных трихинелл, после чего самка погибает. Перед родами самка своим головным концом глубоко внедряется в слизистую тонких кишек, так что новорожденные трихинеллы сразу попадают в лимфатический сосуд ворсинки, откуда током хилюся и лимфы заносятся в кровь и таким образом распространяются по всему организму. Однако процесс миграции юных паразитов очень непродолжителен—он, повидимому, равен лишь нескольким часам. Это об'ясняется тем, что как только эмбрионы, диаметр которых равен приблизительно диаметру лимфоцита, достигает капилляров поперечно полосатой мускулатуры, они активно выходят из кровеносного сосуда и внедряются в первичное мышечное волокно, привлекаемое сюда благоприятными условиями питания—наличием гликогена.

С несомненностью установлено, что трихинеллы могут проделывать свой дальнейший цикл развития только в поперечно полосатых мышцах скелета. Правда, имеются указания в литературе, что отдельные экземпляры мертвых паразитов были находимы в спинно-мозговой жидкости, в выпотах плевры и брюшины, в полости перикарда, в центральной нервной системе, в сетчатке глаза, в легких, в кровоизлияниях в печени, в сердечной мышце и т. д. Все эти факты говорят лишь за то, что трихины вне поперечно-полосатой мускулатуры обречены на гибель за отсутствием подходящих условий для их существования. Имеются взгляды, что ток крови и лимфы не является единственной причиной распространения трихинелл по организму хозяина, а что юные паразиты также активно мигрируют по щелям рыхлой соединительной ткани, активно пробираясь к источнику своего питания. Внедрившись в первичное мышечное волокно, трихинеллы быстро увеличиваются в об'еме, кажутся толще и короче, затем головной конец их удлиняется и заостряется, в то время, как задний остается утолщенным и тупо закругленным. Так происходит их рост в следующие 2—3 недели, в течение которых паразиты достигают 1 миллиметра в длину; к концу 3 и началу 4 недели трихинеллы начинают спирально свертываться.

Нельзя сказать, чтобы человеческий организм был совершенно беззащитен в борьбе с паразитами. Некоторая часть их тотчас-же после внедрения в мышцы гибнет, дегенерируется, окружается грануляционной тканью, иногда пропитывается известковыми солями и может рассосаться таким образом, что на месте бывшей трихинеллы остается лишь маленький соединительно-тканный рубчик.

Этот процесс носит название самоизлечения.

В мышечных же волокнах, где жизнедеятельность трихинеллы протекает, уже с 1—3 дня начинаются дегенеративные изменения контрактильной субстации; саркоплазма набухает, затем подвергается глыбчатому распаду и приобретает сродство к базальным краскам. В этом раннем периоде своей жизни в мышечном волокне, паразит является окруженным этой так называемой базофильной зернистостью. Последняя является как бы тем заградительным барьером, которым трихи-

неллы окружают себя от защитных сил организма. Организм хозяина в свою очередь начинает отмежевывать от себя токсины трихинелл и продукты распада белкового вещества мышц, образуя прочную соединительно-тканную капсулу вокруг трихины. Время начала образования капсулы не у всех индивидуумов одинаково. В общем же оно соответствует приблизительно 5—7 неделе от момента заражения; и с этого периода острый трихиноз переходит в хроническое заболевание. Капсула все больше утолщается, приобретая на разрезе явно гиалиновый вид, со стороны грануляционной ткани ее окружающей местами хорошо заметны направляющиеся к ней новообразованные сосуды и тонкие пучки волокнистой соединительной ткани. При внимательном изучении можно заметить, что форма и величина постоянной капсулы в одном и том же организме не во всех местах одинакова. Размеры капсулы зависят от характера и функции мышц, в которых они образуются и от ширины мышечного волокна. Через некоторый период времени, так у свиньи уже через 1/2 года, Leuckart наблюдал начало отложения известковых солей по полюсам капсулы. Большинство трихинелл остаются живыми в своей капсуле десятками лет. Из различных сообщений мы знаем, что паразиты проявляли свою жизнедеятельность через 14, 21, 24 года, случай Merkel'a через 30 лет, Langerhans'a — 31 год, Busse—свыше 40 лет; в последнем случае из 159 трихинозных капсул 11 были неизменными, 96 об'извествленными, 52 были пусты. Таким образом, мы видим, что мышечные трихины на протяжении десятков лет ведут латентное существование в своих капсулах и что по истечении такого длительного периода времени в случае попадания в организм другого хозяина могут сызнова проделать весь цикл своего дальнейшего развития.

После этих предварительных общих кратких сведений о трихинозной инфекции мы приступаем к изложению изученного нами остро протекавшего и окончившегося летально случая, человеческого трихиноза, клиническое течение которого подробно описано д-ром Кутовским.

При вскрытии трупа женщины резко истощенной мы нашли довольно характерные для остро протекавшего трихимоза изменения в органах: чрезвычайно дряблую сердечную мышцу, маловоздушные нижние доли обоих легких с пневмоническими очагами, спайки в правой плевре, застойную и жирную печень, несколько увеличенную селезенку, умеренную гиперплязию мезентериальных желез, дряблые и бледные почки и явления слабо выраженного катарра слизистой оболочки тонких кишок. Вид отпрепарованных мышц не представлял каких-либо особенностей; зная наперед, что мы имеем дело с трихинозом, мы не могли в них отметить ничего характерного.

Cohnheim, Virchow, а также Stöbli, произведший опыты на 100 морских свинках, также указывает на невозможность раннего диагноза трихиноза по макроскопической картине мышц. В редких случаях на пятой неделе, обычно же гораздо позже, можно заметить тонкие продольные в 1/2 до 2 см. длиною сероватые полоски в мышцах, служащие выражением дегенеративных изменений в тканях, вызванных трихинами.

При отсутствии клинического диагноза только сопоставление всех имеющихся макроскопических находок как-то: контрактуры мышц, ателектазы, геморрагические инфаркты в легких, увеличенные брыжжичные железы при слизистом несколько геморрагическом энтерите, мало измененная селезенка, отсутствие признаков иной тяжелой болезни, могут заставить заподозрить в подобном случае трихинную болезнь.

Гистологически исследованы произвольные мышцы диафрагмы, межреберные, глотки, пищевода, гортани, языка, глазные, различные мышцы скелета, затем мышца сердца, легких, желудок и различные отрезки тонких кишок, брыжжичные лимфатические узлы, селезенка, печень, почки, надпочечные железы, поджелудочная железа, а также щитовидная железа. Не исследованной по независящим от нас обстоятельствам осталась центральная нервная система. Под микроскопом нами обнаружены в подавляющем большинстве случаев инкапсулированные и лишь изредка юные не инкапсулированные формы трихин в поперечно-полосатых мышцах скелета. Поражающее количество паразитов найдено в мышце языка, которая положительно производит впечатление нафаршированной трихинеллами. В препарате величиною в $1 \times 1^1/_2$ см. насчитывается свыше 50 капсул, в некоторых из них лежит по два спирально свернутых червячка, в большинстве по одному. Гнезда воспалительного инфильтрата здесь довольно скудны, попадаются отдельные небольшие очаги, состоящие по преимуществу из мелких круглых клеточных элементов со значительной примесью эозинофилов. Мышечные волокна бледно окрашены, отмечается умеренное размножение ядер сарколеммы, поперечная и продольная исчерченность местами неясно выражена. Чрезвычайно резко выражена воспалительная реакция в межмышечной соединительной ткани диафрагмы и мышцах шеи, клеточные скопления имеют вид то широких полос, то больших очагов и состоят по преимуществу из соединительно-тканных элементов,—юных фибробластов, мононуклеаров, очень многочисленных эозинофилов, тучных клеток и миофагов. Разрушение мышц здесь чрезвычайно большое, местами среди клеточного инфильтрата попадаются лишь небольшие островки ценкеровски перерожденной ткани, местами ясно выражено значительное развитие волокнистой соединительной ткани с небольшой примесью ядерных элементов. Капсулы трихин имеют несколько необычную в виде сильно вытянутого веретена форму, во многих из них находится по 2, 3 и больше трихинелл. Остальные исследованные нами мышечные ткани как-то верхних и нижних конечностей, груди, живота, спины не представляют никаких особенностей. Количество трихин невелико, воспалительная реакция выражена в умеренной степени, изменение в мышечных волокнах обычное.

Взгляды авторов на межмышечную воспалительную инфильтрацию при человеческом трихинозе различны: некоторые склонны считать ее исключительным достоянием человека и видят в ней резко выраженную защитительную функцию организма; другие же полагают, что воспаление в мышцах и сообщает трихинозу то тяжелое течение, которое так характерно для остро протекающих и обычно кончающихся летально случаев трихиноза. Кроме изменений в поперечно-полосатой мускулатуре резко выражены воспалительные и дегенеративные явления в мышце сердца: часть волокон утратила поперечную полосатость, межмышечная соединительная ткань развита в увеличенном количестве, петли ее раздвинуты, как-бы разрыхлены, повсюду в интерстиции рассеяны гнезда клеточковой инфильтрации со значительным содержанием эозинофилов и плазматических клеток. Юных мигрирующих трихинелл в сердечной мышце нами не найдено.

По поводу того факта, что паразиты не инкапсулируются в мышце сердца, имеется несколько теорий; Leuckart полагает, что эта невосприимчивость об'ясняется слабым развитием соединительной ткани в этом органе, по воззрению Graham'a сарколемма мышечного волокна в сердце так нежна и тонка, что трихина не в состоянии здесь удер-

жаться. По Schaffer'у (Lehrbuch der Histologie 1922) мышца сердца сарколеммы вовсе не имеет.

Почки. Петли клубочков разрыхлены, капилляры расширены, содержат значительное количество крови, интракапсулярные пространства увеличены, эпителий их местами дегенерирован, в состоянии десквамации. Эпителий извитых канальцев резко набухший почти закрывает просвет tubuli contorti, паренхиматозно и жирно перерожден. Явлений раздражения со стороны соединительной ткани не отмечается, сосуды расширены, переполнены кровью.

Печень в состоянии резко выраженной жировой инфильтрации, которая наиболее выражена в периферической и средних частях долек. Печеночные клетки центральной части долек увеличены в об'еме, гипертрофированы, протоплазма зерниста, содержит глыбки желчного пигмента, ядра окрашены бледно, как-бы затушеваны, центральные вены растянуты. Со стороны соединительной ткани отмечаются явления пролиферации.

Селезенка. Мальпигиевы тельца увеличены в об'еме, нерезко контурированы. Сосуды пульпи расширены, эндотелий их выстилающий, представляется набухшим. В пульпе много эозинофилов.

Кишки. Отмечается гиперплязия лимфатического аппарата, много эозинофилов. На наших препаратах внедрившиеся в слизистую кишки паразиты не попадались.

Остальные органы кроме явлений гиперемии сосудов и некоторой отечности тканей ничего особенного не представляли. Заблудшихся экземпляров трихинелл в исследованных нами органах встретить не пришлось. Чрезвычайно интересные данные получены Gruber'ом и Gamper'ом при детальном исследовании центральной нервной системы трупа женщины, погибшей от острого трихиноза в клинике Инсбрукского Ун-та в начале пятой недели болезни. Клинически никаких мозговых симптомов у больной не отмечалось, было лишь резко затрудненное глотание, что об'яснялось трихинозным поражением соответствующих мышц. Больная внезапно умерла в момент глотания. При вскрытии кроме обычной картины острого кишечного и мышечного трихиноза и старого миокардита были отмечены следующие изменения со стороны центральной нервной системы: в черепной полости под dura mater обильное количество прозрачной жидкости, в которой, как и в экссудате сердечной сумки были найдены многочисленные юные трихинеллы. Мягкая мозговая оболочка мутновата, местами молочно белого цвета, набухшая; гноя нигде не обнаружено. Сосуды pia mater резко полнокровны. При вскрытии мозга ничего особенного, бросающегося в глаза не обнаружено, если не считать некоторого расширения боковых желудочков и увеличенного количества в них прозрачной жидкости. Соответствующая макроскопическая картина найдена и в спинном мозгу. При микроскопическом исследовании pia mater и ткани мозга найдены многочисленные клеточные инфильтраны вокруг сосудов мягкой мозговой оболочки особенно часто встречавшиеся в лобных долях в окружности боковых желудочков. В некоторых очагах клеточных скоплений были обнаружены юные трихинеллы, окруженные элементами, чрезвычайно напоминавшими гигантские клетки вокруг инородных тел. Некоторые мелкие сосуды были затромбозированы, мозговое вещество вокруг них представляло дегенеративные изменения. Интересно отметить, что у экспериментальных животных (у морских свинок) подобных изменений в мозгу обнаружено не было.

В высшей степени важным в патологии трихиноза является вопрос, стоит ли на первом плане общее отравляющее действие паразита, влекущее за собой общие дегенеративные явления, или здесь имеет место, главным образом, местное действие его на окружающие ткани. Не подлежит сомнению, что общие тяжелые симптомы при кишечном трихинозе вызываются по преимуществу общим отравляющим действием освобожденных из своей капсулы трихин; при миграции же присоединяется и местное действие внедряющихся в мышцы паразитов. Опыт показывает, что не все лица одинаково чувствительны к трихинозному яду. Интересно также отметить, что дети переносят инвазию трихинами несравненно легче взрослых индивидуумов—Kratz на 101 смертный случай от трихиноза не нашел ни одного ребенка моложе 14 лет. Flury приписывает это особым свойствам обмена веществ в детском возрасте, благодаря которому химическая перестройка вредных веществ идет несравненно быстрее и интенсивнее. Возможно, что здесь значительную роль играет увеличенная детская печень.

Токсикологические исследования Flury показали, что в трихинозной мышце имеются локально сильно раздражающие вещества кислой, нейтральной и щелочной реакции, между которыми определялись летучие жирные кислоты, молочная кислота и производные пуриновых оснований группы Coffein'а. При подкожном или внутривенном введении экстрактов из трихинозных мышц собаке, кошке, лягушке, наблюдались расстройства движения, оцепенение, боли, явления усталости, колики, гастроэнтерит с кровью, в некоторых случаях смерть,—словом все явления трихиноза различной тяжести вплоть до летального исхода. Мышечные экстракты показали на лягушках ясное замедление моторных нервных окончаний вроде курарина—в них было ясное содержание Karnosin'а, Karnitin'а Methyl-guanidin'а.

Такие же курарино подобные вещества содержит моча трихинозных животных, которые обусловливают сильно выраженную диазо-реакцию.

В заключение мы позволяем себе сделать следующие выводы:

1. Надо считать бесспорным, что трихиноз у человека в отдельных случаях, в зависимости от силы инфекции является тяжелым и опасным для жизни заболеванием.

2. Высокий процент зараженности свиней в Белоруссии (до 5-6% в отдельных округах) при условиях убоя животных крестьянами на дому для своего питания, является серьезной угрозой для сельского населения в смысле развития трихинозных эпидемий.

3. Необходимы срочные и решительные мероприятия со стороны органов здравоохранения для скорейшей ликвидации возможности распространения трихиноза как среди людей, так и среди животных.

4. Необходимо детальное ознакомление широких врачебных масс Белоруссии с эпидемиологией и симптоматологией человеческого трихиноза, ибо последний в легких случаях, ввиду неясности клинической картины, часто проходит под диагнозом гриппа, ревматизма и тому подобных инфекций.

5. Для подтверждения диагноза в подозрительных по трихинозу случаях чрезвычайно ценными вспомогательными методами являются—анализ крови (эозинофилия) и гистологическое исследование биопсированного кусочка поперечно-полосатой мышцы скелета, на присутствие мышечных трихин.

ЛИТЕРАТУРА. Пожарисский. Случай острого трихиноза у человека. Казанский Медицинский Журнал 1909 г.—Braun. Die tierieschen Paraziten des menschen 1908.—Kratz. Die Trichinenepidemie zu Hedersleben Leipzig 1866. —Williams. Реф. в Centralblatt f. Bacteriol., Parazitenk. und Lnfectionskr. Bd. 31. 1902.—Flury. Arch f. exp. Pathol. u. Pharmak. 73. 1913.—Frothingham Channing. Journ. of. medic. research 15. 1906.—Gruber, Gg. Zentralblatt f. Herz u. Gefässkrankh. 17. 1925.—Gruber, Gg. Ergebn. d. Hyg, Bakter. Immunitätsforschung u. exp. Therapie 8. 1926.—Zoller Virchow's Arch. f. Path. Anat u. Physiologie 265 1927.— E. Gamper u. Gruber Gg. Virch. Arch. 266. 1928.—Stäubli C. Trichinosis. 1909.—Leineweber. R. Uber Trichinosis Inaug-. Dissert. Göttingen 1919.—Ickert, F. Über die Verbreitung der Trichinose in Deutschland Während der Jahre 1910—1919. Berlin 1922.—Nevinny, H. Uber die Veränderungen der Skelettmusculatur bei Trichinose 266. 1927—Askanazy M. Zur Lehre von der Trichinogis Virch. Arch f. Path. Anat u. Phisyol. 141. 1895.—Wehrmann O. Beitrag zur patholog. Anatomie der Trichinose des Menschen Virch. Arch. f. Path. Anat. u. Physiol. 263. 1927.—P. Prym. Uber Trichinose beim Menschen Centralblat f. Allg. Path. u. Path. Anat. Bd. 34. № 4.—Zoller. Die Myocarditis bei Trichinose Virch. Arch. f. Path. Anat u. Physiol. 265. 1927.—Virchow. Helmintologische Notizen Virch. Arch. f. Path. Anat u Phisiol. 18. 1860.—Левин. К диагностике и патологической анатомии трихиноза. „Врач" 1891.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Из 2-ой терапевт. клиники БГУ

(Директор-проф. Ф. О. Гаусман)

К клинике трихиноза[1])

Е. Я. Кутовский-Старинский

Трихиноз в настоящее время является редко встречающимся заболеванием среди людей. Распознаванием же этого заболевания мы обязаны фундаментальным работам R. Owen'a, Virchowá, Leuckart'a и Zenker'a. Заслуга Zenker'a заключается в том, что он доказал возможность перехода трихинелл из организма свиньи в человеческий и размножения их в последнем. Вирхов завершил круг, доказав проникновение трихинелл через кишечную стенку и распространение в человеческом организме кровеносным и лимфогенным путем.

Диагноз трихиноза удается, в общем, легко поставить при заболеваниях, возникающих в соответствии с этиологическим моментом в большом количестве, и в которых ярко выступает симптомокомплекс, характерный для трихиноза: высокая ремиттирующая лихорадка, отек лица особенно век, ригидность и сильная болезненность мышц конечностей, контрактура последних, профузные поты, при явлениях со стороны желудочно-кишечного тракта, резко бросающихся в глаза. Распознавание болезни облегчается в тех случаях, где легко привлекается этиологический момент—употребление в пищу мяса трихинозной свиньи.

Гораздо труднее диагносцировать трихиноз в спорадических случаях, при которых сам больной не дает в анамнезе точек опоры. Особенно затруднена диагностика в отношении брюшного тифа в случаях, когда общие явления превалируют над мало выраженными мышечными симптомами.

Уже первый случай, описанный Zenker'ом при жизни, был принят за тиф. После этого указано целым рядом авторов на возможность смешения этих двух заболеваний.

Нередко тяжелые случаи трихиноза заставляли думать о наличии заболевания центральной нервной системы, благодаря выступанию на первый план церебро-спинальных симптомов. Если прибавить к этому появление рвоты, иногда кровавой, могущей на фоне бурных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта симулировать ulcus ventriculi, отек и одутловатость лица, могущие при некоторых патологических данных со стороны мочи направить мысль врача в сторону почечных заболеваний (случай И. Ф. Пожарисского), становится ясным, насколько затруднена бывает иногда в спорадических случаях диагностика трихиноза. Неудивительна, таким образом, редкая регистрация отдельных спорадических случаев трихиноза и вполне понятен интерес, проявляемый как клиницистом, так и патолого-анатомом к случаю, где

---

[1]) Доложено в Научном Обществе Минских врачей 3 марта 1928 г.

диагноз этого заболевания был поставлен при жизни и подтвержден на аутопсии.

Американские авторы первыми указали на появление при трихинозе сильного увеличения числа эозинофильных лейкоцитов в крови.

Один случай, который нам пришлось наблюдать в Госпитальной Терапевтической Клинике БГУ с 14/II по 5/III 1926 г., о котором кратко изложено ниже, и другой случай, который нам удалось наблюдать, благодаря любезности проф. М. Б. Кроля и ординатора Турецкого в Нервной Клинике БГУ в апреле—марте 1927 г., блестящим образом доказывают неоценимое дифференциально-диагностическое значение гемограммы в диагностике трихиноза.

Несмотря на громадную зараженность свиней в Белоруссии трихинозом (6% в Гомельском округе), трихиноз у людей до последнего времени диагносцируется чрезвычайно редко. Приводимые нами случаи в г. Минске наблюдались впервые, по крайней мере за последние 8—10 лет, оба всесторонне клинически обследованы, в первом случае, окончившемся летально, была произведена аутопсия и гистологическое исследование органов.

В первом случае идет речь о б-ой Х. С.. 34-х лет, крестьянке д. Лютарово, Смиловичского района, Минского округа (Белоруссия), поступившей 14/II 26 г. в Госпитальную Терапевтическую Клинику БГУ с жалобами на боль в правом боку при дыхании, боль в мышцах всего тела, особенно икроножных, межреберьях, усиливающихся при движении и дыхании; частые колики приступами в верхней части живота; боль при глотании. За две недели до поступления в клинику б-я почувствовала внезапно во время работы сильный озноб, затем наступил жар. Три дня спустя б-я почувствовала резкую боль в верхней части живота, отдававшую в спину и бока. T° не понижалась. Б-я была помещена в участковую б-цу, где у нее повторно появлялась рвота с кровью. В участковой б-це б-я пролежала с неделю, почувствовав некоторое облегчение, выписалась. Дома наступило резкое ухудшение, вновь появились сильный жар, боль в животе и спине, лицо и конечности отекли.

Родственники б-ой указывают, что в семье б-ой, почти одновременно с ней заболело еще несколько членов семьи, перенесших какое-то недомогание в течение нескольких дней.

Status praesens. Б-я среднего роста, крепкого телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледной окраски, лицо слегка цианотично и отечно, особенно нижние века. Нижние конечности слегка отечны.

Cor—границы в N, конфигурация нормальная, тоны сердца глуховаты, tachycardia.

Пульс 96в', правильный, умеренного наполнения и напряжения.

Кровяное давление максимальное—85, минимальное—63.

Дыхание—24в', равное, поверхностное; при дыхании боль в подложечной области и боках.

Pulmones: границы в N, края при вдохе расправляются удовлетворительно; перкуторный звук всюду ясный, дыхание жесткое, в нижних отделах обоих легких сухие хрипы, исчезающие при откашливании.

При глотании б-я испытывает боль. Нерезко выраженный trismus.

Живот несколько вздут, мышцы его напряжены. При перкуссии и пальпации болезненна подреберная область той и другой стороны.

Печень при пальпации болезненна; верхняя граница ее перкуторно определяется на 6-ом ребре; край ее прощупывается на 2 пальца ниже края реберной дуги по l. mamillaris d.; консистенция печени нормальная.

Селезенка не прощупывается и перкуторно не увеличена.

Верхние конечности в полусогнутом положении, болезненны при движении и надавливании, не допускают полного разгибания; моторная сила их значительно понижена, мышцы ригидны, особенно сгибателей плеч.

Нижние конечности: отек в области лодыжек; болезненны; мышцы ригидны, особенно икроножные. На обоих ногах выраженный феномен Körnig'a, коленные рефлексы отсутствуют; патологических рефлексов нет.

Зрачки равномерно расширены, реагируют на свет аккомодацию; движения глазных яблок нормальны.

T°—38,1°—39,0°.

Исследование мочи: р. кислая, уд. вес 1024, белок, сахар abs. Уробилин—положительная р.; диазо-реакция резко положительная. В осадке ураты, 3—4 лейкоцита в поле зрения, единичные эритроциты и клетки почечного эпителия в препарате.

Исследование крови: эритроцитов 4.800.000, лейкоцитов 17.300 в куб. m. m.

Лейкоцитарная формула:

Сегментированных . .	20%	40%.
Палочковых	18%	
Юных	2%	
Эозинофилов	55%	
Лимфоцитов	5%	

Течение болезни. 16/II. T° 38,1°–39,8° P. 93в', слабоватого наполнения Дых. 28в'. Ночью был приступ сильных колющих болей в животе, преимущественно с правой стороны. Стула не было. Сут. к-во мочи 600,0.

17/II. T° 38,3°—40,3° P. 96в'. Дых. 30 в'. Боль в мышцах всего тела, усиливающаяся при попытках переменить положение. Мышцы конечностей ригидны. В моче р. на уробилин и диазо резко положительны.

18/II. T° 38,8°—40,1° P. 102 в' слабого наполнения. Дых. 36 в', поверхностное. Kernig резко положительный. Разгибательные движения в конечностях сильно болезненны. Зрачки узкие, на свет и аккомодацию реагируют.

В межреберных промежутках при надавливании боль. Боль при глотании.

19/II P. 110 в', слабого наполнения. Дых. 40 в', поверхностное. Коленные рефлексы отсутствуют. Сонливость.

21/II. T° 38,2°—39,5° P. 96 в'. Потеет. Сознание затемнено. Введено интравенозно 0,45 Neosalvarsani.

22/II. T° 38,1°—39,0° P. 98 в' слабого наполнения. Мышцы конечностей очень ригидны и болезненны. Ригидность затылка. Сознание затемнено.

23/II. T° 38,2—38,4°. Сонливость; ригидность затылка и мышц конечностей больше. Живот втянут, мышцы его напряжены.

В моче белок, сахар отсутствует, резко положит. диазор. и на уробилин.

Произведена биопсия из m. biceps правой руки (Д-р Мангейм).

24/II. T° 37,7°—39,1° P. 81 в'. Резкая общая слабость.

Исследование крови: лейкоцитов 17000 в куб. m. m.

Лейкоцитарная ф-ла:

Сегмент. . . .	30%	46%
Палочков. . . .	14%	
Юных	2%	
Эозинофил. . .	49%	
Лимфоцит. . . .	4%	
Моноцит. . . .	1%	

25/II. T° 37,5°—38,7°. Сильно потеет. В моче диазо-реакция резко положит.

В гистологическом препарате из m. biceps (пригот. д-р Ципкин) найдены trichinae spirales в значительном количестве, то свернутыми, то вытянутыми между мышечными волокнами.

В испражнениях трихин не найдено.

26/II T° 37,4°—38,1°. Люмбальная пункция: под незначительно повышенным давлением выпущено 15,0 совершенно прозрачной жидкости. Под микроскопом един. эритроциты, лейкоцитов не обнаружено.

Исследование крови по stäubli-trichinae spirales не найдены.

Введено интравенозно 0,4 Neosalvarsani.

27/II. T° 37,1°—38,6° P. 100 в' слабого наполнения. Дых. 36 в'. Кашель с мокротой. Легкие - в нижних отделах с обоих сторон сзади укорочение перкуторного звука, выслушивается жесткое дых. и сухие хрипы. Живот втянут, твердый.

Исследование крови: эритроцитов 4100000, лейкоцитов 7100 в куб. m. m.

Лейкоциторная ф-ла:

Сегментир. . . .	46%	79%
Палочков. . . .	30%	
Юных	3%	
Эозиниф. . . .	17%	
Лимфоц. . . .	3%	
Базофилов . . .	1%	

1/III. T° 37,0–38,2°. Ночью не спала. P. 90 b' слабого наполнения. Cor—тоны глухие. Отек лица меньше; нижние конечности отечны.

Мышцы ригидны, болезненны. Резко выраженный Kernig, коленные рефлексы отсутствуют. Межреберные мышцы болезненны. Trismus. Дыхание 28 в' легкие—id. Сильно потеет.

3/III. T° 37,6°–39,7°. Facies hipocratica. Резкая одышка; дых. 40 в'. Кашель с мокротой. Легкие—в нижних отделах обоих легких, больше слева, перкуторный звук тупой, дых. бронхиальное, fremitus pectoralis усилен. P. 110 в', очень слабого наполнения. Cor.—тоны хлопающие Ноги отечны; ригидность мышц несколько меньше.

В моче: белка 0,33°/₀₀, уробилин и диазор резко. положительные.

4/III. T° 37,1°—38,1°. Резкая общая слабость; нос цианотичен. P. 102 p' очень слабого наполнения. Легкие—в области тупого звука сзади усиленный fremitus pectoralis, бронхиальное дыхание, выслушиваются влажные хрипы.

Decubitus в области крестца.

5/III. Состояние прострации. P. 96 в' еле прощупывается. Цианоз лица, резкая одышка. В 4½ ч. дня exitus-letalis.

Итак, мы отмечаем у нашей больной—в анамнезе отчасти еще и в клинике тяжелые явления со стороны желудочно-кишечного тракта; во время наблюдения—высокую ремиттирующую лихорадку, боль в мышцах всего тела и ригидность последних, особенно сгибателей конечностей, контрактуру последних; боль при глотании, сиплый голос, тризм; резко выраженный феномен Kernig'а, при отсутствии коленных рефлексов; ригидность затылка; сонливость; с течением болезни затемнение сознания; сильные поты; отек верхней части лица и нижних конечностей; резко выраженную положительную диазо-реакцию; глухие сердечные тоны; низкое кровяное давление; катарральные явления в верхних дыхательных путях; характерную картину крови и, наконец, данные, добытые при люмбальной пункции и эксцизии из m. bicipitis правой руки.

Целый ряд церебро-спинальных симптомов заставлял подозревать заболевание центральной нервной системы, но наблюдавшееся у нашей больной полное отсутствие коленных рефлексов, при наличии резко выраженного феномена Kernigá, в связи с данными, добытыми при люмбальной пункции—совершенно прозрачный пунктат, полученный под небольшим давлением, отсутствие под микроскопом лейкоцитов—решительно отвергли это предположение. Пришлось подумать и о полимиозите. При последнем заболевании могут иметь место как отеки, в особенности лица, так и доскообразная твердость мускулатуры. Болезнь эта сопровождается иногда лихорадкой и явлениями со стороны желудочно-кишечного тракта; полимиозиту свойственны также сильные поты, при полимиозите наблюдается также поражение мускулатуры гортани. Но отсутствие пателлярных рефлексов, при наличии резко выраженного симптома Kernig'а, а, главное, данные исследования крови заставили с самого начала отбросить возможность этого заболевания.

Характер и течение температурной кривой—высокая ремиттирующая лихорадка, низкое кровяное давление, апатия, форма живота, резко-положительная диазо-реакция заставляли нас с самого начала думать о наличии брюшно-тифозного заболевания. Наблюдавшийся целый ряд явлений со стороны центральной нервной системы не исключал с абсолютной уверенностью этого предположения, так как они могут иметь место при тифозном менингизме. Только результат исследовании крови, давший лейкоцитоз и резко выраженную эозинофилию, сразу направил нашу мысль в сторону трихиноза. Hala, Rider, Curschmann, Fürck, Nägeli и друг. учат, что число лейкоцитов при брюшном тифе бывает понижено. Правда, при осложнении тифа может наблюдаться лейкоцитоз, но при этом увеличение числа лейкоцитов идет за счет нейтрофилов; при тифе же, как указывают Fürck и Nägeli, в начале заболевания число эозинофилов уменьшено, часто совершенно отсутствует. В нашем же случае при общем числе лейкоцитов в 17300 в куб. мм. мы имеем резко выраженную эозинофилию, как относительную—55%, так и абсолютную—9515 в куб. мм., что составляет увеличение числа эозинофилов в 38 раз против нормы. Nägeli, Morawitz и друг. рассматривают лейкоцитоз, как реакцию кроветворных органов, прежде всего костного мозга на раздражения,

в происхождении лейкоцитоза играют также роль хемотактические влияния, но более важную роль указанные авторы придают пролиферационному раздражению, которому подвергается лейкобластическая ткань костного мозга, вследствие проникновения токсинов или других химических веществ. Opil находил при трихинозе сильное увеличение количества эозинофильных клеток в костном мозгу. Wehrmann рассматривает эозинофилию при трихинозе, как результат действия токсинов на кроветворную ткань при инфекциях животными паразитами, как средство борьбы организма, вследствие раздражения костного мозга и лимфатической системы. Аринкин говорит, что вопрос о местном экстрамедуллярном происхождении эозинофилов, помимо костного мозга, в настоящее время большинством авторов решен в отрицательном смысле; эозинофилы продуцируются, повидимому, только костным мозгом, и под влиянием хемотаксиса может наблюдаться местная эозинофилия, но все же как результат раздражения костного мозга. Ф. О. Гаусман, на основании своих исследований у цынготных больных, также приходит к заключению, что главным местом образования эозинофилов является костный мозг.

Американские авторы впервые обратили внимание на колоссальное увеличение числа эозинофилов в крови при трихинозе. Первые 4 наблюдения сделали Thayer и Brown. В Германии первым обратил внимание на это ценное в диагностическом отношении изменение крови Gwyn. Во время массовых заболеваний трихинозом в Гомбурге Schleip подтвердил находку американских авторов на большом числе случаев.

У нас в России Георгиевский на материале небольшой трихинозной эпидемии 1907 г. в Харькове подтвердил взгляд американских авторов и Schleip'a на эозинофилию, как на кардинальный симптом при трихинозе.

Рудницкий отмечает эозинофилию при трихинозе во время трихинозной эпидемии среди Граевских пограничников в 1908 г. Певзнер находил во всех восьми случаях трихиноза в Гомеле эозинофилию (21%, 20%, 39%, 21%, 31%, 50%...).

Nägeli говорит: „легкие случаи трихиноза имеют незначительное увеличение числа эозинофилов, тяжелые, наоборот, высокую степень увеличения. Перед смертью же наблюдается быстрое падение числа эозинофилов, благодаря наступающей недостаточности костного мозга. Очень часто наблюдается лейкоцитоз—15—30000, который обусловливается ненормальным увеличением числа эозинофилов; часто принимают в этом участие и нейтрофилы. При наступлении улучшения показывается абсолютное увеличение числа моно- и лимфоцитов". Stäubli вводил морским свинкам per os трихинозное мясо и получал у них эозинофилию не ранее 8-го дня после введения трихинозного мяса, большею частью еще несколько позже. На основании своих опытов он приходит к заключению, что эозинофилия при трихинозе не обусловливается ядовитыми веществами, освобождающимися и всасывающимися в кишечнике, и не является результатом разыгрывающихся в кишечнике процессов, но стоит в тесной связи с выселением эмбрионов, или проникновением последних в мышцы. Странствующие эмбрионы выделяют в кровь вещество, производящее положительное раздражающее действие на органы, производящие эозинофилы (костный мозг) и производят положительное хемотактическое действие по отношению к последним. Возможно, что появляются активирующие вещества в местах распада мышечной ткани.

Из этих чрезвычайно интересных экспериментальных данных, добытых Stäubli на морских свинках, вытекает и другой вывод, что эозинофилию, появляющуюся не ранее восьмого дня после заражения, как ранний симптом при трихинозе рассматривать не приходится. Взгляд этот подтверждается и другими авторами (Trommer и Hebenstreit) вопреки мнению Blank'a, Schleip'a. По Gruber'y миграция молодых трихин в кровь выпадает на 2-ую—4-ую неделю. Из литературы нам не известен ни один случай трихиноза, при котором эозинофилия появилась бы в первые дни заболевания.

Stäubli дальше говорит, что при интенсивной летальной инфекции при трихинозе, наступившая эозинофилия резко падает перед смертью. Это подтверждается и на нашем случае: при поступлении 14/II найдено: 17300 лейкоцитов, 55% эозинофилов, абсолютное число их 9515 в к. мм.
24/II „ 17000 лейкоцитов, 49% эозиноф., абсол. ч. их 8330.
27/II „ 7100 лейкоцитов, 17% эозиноф., абсол. ч. их 1207 в куб. мм.

С постепенным ухудшением состояния нашей больной постепенно падает, как относительное, так и абсолютное число эозинофилов, повидимому, как результат наступавшей недостаточности костного мозга. Обстоятельство это явилось дурным прогностическим признаком.

Бывают случаи трихиноза, тяжело протекающего, совершенно не сопровождающегося эозинофилией; в таких случаях костный мозг, повидимому, с самого начала парализуется сильными токсинами и не может дать соответствующей реакции в виде эозинофилии. Таков случай И. Ф. Пожарисского. Последний об'ясняет отсутствие эозинофилии тяжелой инфекцией.

Что касается других элементов белой крови, то у нас получены следующие данные: нейтрофилы в процентном отношении были уменьшены в числе, особенно в начале, абсолютное же количество их во все время болезни значительно больше нормы:

14/II 40% нейтрофилов, абсолютное число их 6920 в куб. мм.
24/II 46% нейтрофилов, абсолютное число их 7820 в куб. мм.
27/II 79% нейтрофилов, абсолютное число их 5609 в куб. мм.

Таким образом становится очевидным, что в нашем случае, в согласии с наблюдениями Stäubli, наростание числа эозинофилов не шло за счет уменьшения числа нейтрофилов, как это утверждают Thayer, Brown и некоторые друг. Для более детальной характеристики лейкоцитов принимаются во внимание не только различные виды их, но и учитывается по методу Арнета-Шиллинга структура ядер нейтрофилов. Чем менее фрагментировано ядро, тем моложе данная клетка—нейтрофил. Чем больше при инфекционных болезнях молодых нейтрофилов—сдвиг влево, тем тяжелее заболевание.

В нашем случае мы все время наблюдали значительный сдвиг по Шиллингу нейтрофилов влево, который наростал к концу, в соответствии с наростанием всех клинических симптомов (14/II—палочковых нейтрофилов—18%, юных—2%; 27/II—палочковых—30%, юных—3%).

Türck и Nägeli указывают на то, что быстрое падение числа лимфоцитов в крови при инфекционных болезнях является плохим прогностическим признаком.

Stäubli в экспериментах над морскими свинками доказал, что при трихинозе, как и при других инфекционных заболеваниях, падение числа лимфоцитов является неблагоприятным прогностическим признаком.

В нашем случае лимфоциты как в относительных, так и в абсолютных цифрах с самого начала показывают резкое уменьшение в числе; с течением болезни падает как процентное, так и абсолютное содержимое их в крови:

14/II лимфоцитов 5%, абсолютное число их 865 в куб. m. m.
24/II лимфоцитов 4%, абсолютное число их 680 в куб. m. m.
27/II лимфоцитов 3%, абсолютное число их 213 в куб. m. m.

Не задолго до смерти абсолютное число лимфоцитов пало до 213—в 7 раз меньше нормы.

Schleip также Stäubli указывают на то, что увеличение числа лимфоцитов—закономерное явление, сопутствующее реконвалесценции. В нашем же случае, окончившемся летально, постепенное резкое падение числа лимфоцитов следует, наоборот, рассматривать, как весьма неблагоприятный прогностический признак.

Красная кровь в нашем случае изменений не представляла. Stäubli указывает на то, что первая фаза после инфекции характеризуется легкой полихроматофилией, также полицитэмией; на протяжении болезни наступает легкая анемия. В случаях Stäubli уменьшение числа эритроцитов, уменьшение % Hb начинается с пятой недели. Наша же больная поступила под наше наблюдение в начале третьей недели заболевания, экзитировала на пятой неделе, так что наблюдать изменения со стороны красной крови, на которые указывает Stäubli, мы возможности не имели. Не удалось нам также обнаружить в крови паразитов по способу Stäubli. В кале также паразиты не были обнаружены. Обстоятельство это отмечается многими авторами (Fuchs, Trommer u Hebenstreit и друг.).

Эксцизия из m. bicipitis правой руки блестящим образом подтвердила диагноз трихиноза. В препарате довольно многочисленные трихины лежали то спирально свернутыми в мышечных волокнах, то вытянутыми в длину между последними.

К кардинальным симптомам трихиноза, появляющимся иногда довольно рано, следует отнести наблюдавшийся у нашей больной целый ряд „мускульных симптомов"; болезненность и ригидность мускулатуры, не только конечностей, но и межреберной, мышц диафрагмы и других мышечных систем; ригидность мышц у нашей б-ой повела к ригидности затылка, контрактуре верхних и нижних конечностей; тризм, боль и затруднение глотания, сиплый голос, державшиеся все время у нашей б-ой, являясь, повидимому, следствием проникновения в соответствующую мускулатуру трихинелл—в зеве же никаких изменений не обнаружено.

Stäubli придает большое дифференциально-диагностическое значение сочетанию отсутствия коленных рефлексов с сильно выраженным феноменом Kernig'a (Doppelsymptom), явлению резко выраженному в нашем случае.

Бессонницы, которая по данным многих авторов рано наступает и упорно держится, мы в нашем случае отметить не можем, наоборот, у нашей больной отмечается сонливость, за исключением одной ночи с 29/II на 1/III, когда б-я не спала.

Появление тяжелых церебро-спинальных явлений при трихинозе многие авторы (Nonne und Hoepfner, Flury, Trommer und Hebenstreit и друг.) приписывают влиянию токсических продуктов. Напротив, Kratz считает, что затемнение сознания, бред, как правило, наступают после сильных приступов одышки при пневмонии, как причины нарушающей процесс дыхания. У нашей больной были бронхо-пневмони-

ческие очаги в нижних долях обоих легких, но до состояния одышки дело дошло лишь в последние дни, так что об'яснять затемнение сознания и прочие явления со стороны центральной нервной системы, появившиеся довольно рано, недостаточной доставкой кислорода не приходится. Напротив, дело, вероятно, в повышении внутричерепного давления, вследствие отека головного мозга, вызванного токсическими продуктами. Эту мысль подтверждают и данные люмбальной пункции, при которой добыто было 15,0 совершенно прозрачной жидкости под немного повышенным давлением. Данные эти говорят о небольшом повышении нормальной секреции под влиянием раздражения токсинами (Hämotoxine Flury). Как последствие токсического же поражения стенок сосудов Friedrich рассматривает отек кожи верхней части лица, наблюдающийся, как постоянный симптом при трихинозе, имел место и в нашем случае. Многими авторами симптом этот рассматривается как ранний симптом при трихинозе. Однако, если стать на точку зрения Stäubli, полагающего, что отек кожи верхней части лица наступает, вследствие закупорки мелких капиляров непосредственно трихинами, то к ранним симптомам явление это отнести нельзя. Fiedler считает причиной отека эмболии мелких сосудов.

Поты, наблюдавшиеся в течение хода болезни у нашей б-ой—постоянный симптом при трихинозе—также следует рассматривать, как результат влияния токсинов на организм трихинозного больного.

Положительная диазо-реакция, являющаяся кардинальным симптомом при трихинозе, была в нашем случае резко выражена во все время наблюдения.

Экзантемы, наблюдавшейся многими авторами у трихинозных больных, в нашем случае отметить не удалось. Не нашли мы также у нашей б-ой увеличения селезенки, которое считается частой находкой при трихинозе.

Что касается состояния органов кровообращения, то в согласии с данными многих авторов, особых изменений у нашей больной отметить не удалось, если не считать некоторой слабости сердечной деятельности, выразившейся глуховатыми тонами, и низкого кровяного давления. Об'яснение слабости сердечной деятельности в нашем случае следует искать в эозинофильном миокардите, который был обнаружен на аутопсии. Кровяное давление у нашей больной было значительно понижено: максимальное—85, минимальное—63. Первыми обратили внимание на понижение кровяного давления при трихинозе Maase и Zondek Gruber об'ясняет понижение кровяного давления при трихинозе тормазом вазомоторов токсического происхождения.

У нашей б-ой с момента поступления в клинику наблюдался отек нижних конечностей, который постепенно наростал. Явление это следует рассматривать как проявление слабости сердечной деятельности, а не исключительно как следствие токсического повреждения сосудов (Flury). Trommer и Hebenstreit в своих случаях наблюдали полный параллелизм между размерами отеков на нижних конечностях и состоянием сердечной деятельности.

Ранние же проявления болезни в нашем случае: общее недомогание, чувство общей слабости, разбитости, желудочно-кишечные расстройства, высокая ремиттирующая лихорадка, продолжавшаяся в нашем случае в течение всего наблюдения, головная боль, болезненность и ригидность мышц, катарральные явления в верхних дыхательных путях, явления со стороны центральной нервной системы,

надо думать, обусловливаются токсическим влиянием освобождаемых в желудке паразитов. По исследованиям Flury это продукты обмена веществ трихин, названные им Hämotoxine, которые наводняют весь организм трихинозного больного и, таким образом, обусловливают большую часть болезненных проявлений.

Такому многообразию клинических симптомов при трихинозе следует искать об'яснение в смешанной бактериальной инфекции (Stäubli). Входными воротами при этом являются стенки кишечника: там, где трихины в большом количестве проникают в кровь, легко могут инфицировать последнюю бактерии и содержимое кишек.

Что касается инкубационного периода, то в нашем случае установить его не удается. По литературным данным он бывает различной длительности (Maase und Zondek—15—20 часов, Gruber—24 часа, Spaet—14 дней, William и Bettison—14—24 дня, Trommer и Hebenstreit—24—48 часов).

Смертность при трихинозе колеблется в широких границах: во время эпидемии в Гедерслебене—29,8% смертность, Бланкенберге—6%, в случаях Karpeles и Blum—33,3%. В России Московская эпидемия 1874 г. дала 0% смертности, также Новочеркасская 1884 г. не дала ни одного летального исхода. Во время Харьковской 1907 г. отмечен один случай со смертным исходом.

По данным некоторых авторов (Karpeles и Blum) случаи с тяжелыми явлениями со стороны желудочно-кишечного тракта протекают тяжелее, чем случаи, в которых явления эти выражены слабо или совершенно отсутствуют. В нашем случае явления эти протекали очень бурно.

Выводы:

1. Не взирая на высокий процент зараженности свиней в Белоруссии трихинозом, случаи заболевания последним среди людей регистрировались до последнего времени чрезвычайно редко.

2. Повидимому, широкие врачебные массы уделяют недостаточно внимания этому заболеванию и недостаточно знакомы с проявлениями этого заболевания.

3. При трихинозе обычно бывает заметно повышено число эозинофилов в крови, в очень тяжелых случаях и перед смертью число эозинофилов в крови резко падает.

4. В тяжелых случаях трихиноза, подобно тому, как это имеет место и при других тяжелых инфекциях наблюдается резкий сдвиг по Арнету-Шиллингу нейтрофилов влево и падение числа лимфоцитов в крови.

5. Эозинофилию, как ранний симптом при трихинозе рассматривать не приходится.

6. Ранними симптомами при трихинозе следует рассматривать явления со стороны желудочно-кишечного тракта, высокую ремиттирующую лихорадку, болезненность и ригидность мышц, катарральные явления в верхних дыхательных путях, поты и, может быть, отек лица.

7. Многообразие клинических симптомов при трихинозе об'ясняется, повидимому, влиянием не только гемотоксинов (Flury), но и смешанной бактериальной инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА. Аринкин М. И. Клиника болезней крови и кроветворных органов Практич. Медицины 1928 г. № 1.—Brown. Цит. по Karpeles и Blum.—Wehrmann Virchows Archiw Bd 263 H. 2—. Virchow. Цит. по Stäubli.—Гаусман Ф. О. —Значение изучения морфологии крови и сдвига влево нейтрофилов (Arneth) для диагноза и вопроса об этиологии цынги „Медиц. обозр". 1918 г. № 1.—Георгиевский Русский Врач 1908 г. № 3. Cruber Münchener Mediz. Wochenschrift 1925 г.—Karpeles und Blum Zur Klinik der Trichinose der Erkrankungen Medizin. Klinik № 34 1926 г.—Kratz Цит. по Stäubli.—Leuckart. Цит. по Stäubli.—Maase и Zondek Цит. по Матес.—Mattes.—Учебник дифференц. диагностики внутренних болезней изд. „Врач" 1924 г. Morawitz—Болезни крови и кроветворных органов перевод с нем. изд. ж. „Медиц. Современн". 1916 г.—Nägeli—Blutkrankheiten und Blutdiagnostik 1923 г — Nonne и Hoepfner цит. по Stäubli. —Opie. Цит. по Morawitz —Певзнер М. Б. К характеристике глистных инвазий в Гомеле ж. „Профилакт. Медиц". 1927 г.—Пожарисский И. Ф. Случай острого трихиноза у человека Каз. Медиц. журнал 1909 г.— Рудницкий. Врачебная газета 1916 г. № 51. Schilling—Das Blutbild und seine Klinische verwertung—Schleip K. Deutsch. arch. f. klin. Med. B 80 H 1.—Stäubli C. —Klinische uud experimentelle untersuchungen über Trichinosis und über die Eosinophilie in allgemein. Deutsches Archiw für klin. Medizin 85 B 1—2. H. Stäubli C. Meningismus typhosus und Meningotyphus Deutsches Archiw für klin. Medizin 82 B 1904 г.—Thayer W. S. Цит. по stäubli.—Türck. Цит. по Nägeli—Trommer uud Hebenstreit—Klinischer Beitrag zur Trichinosis Mediz. Klinik 1927 г. № 16—Friedreich. Цит. по Karpeles и Blum.—Flury.—Цит. по Gruber.—Zenker—Цит. по Stäubli.

(Из Гомельской Санитарной Станции)

К вопросу о диагностике и клинике трихинеллеза

М. Б. Певзнер

В широких врачебных кругах о трихинеллезе существует представление как об очень опасной, смертельной болезни; ближе эту болезнь редко кто знает, она почти никогда лечащими врачами не диагносцируется. Между тем, по нашим наблюдениям в Гомеле, болезнь у нас довольно широко распространена. С конца 1925 г. мы периодически наталкиваемся на случаи трихинеллеза и до сего времени зарегистрировали около 3-х десятков больных. Часть больных выявлена нами в изоляторе Санстанции, куда они доставлялись под диагнозом тиф. Большая же часть наблюдалась нами случайно: амбулаторно или во врачебно-контрольной комиссии, через 2-4 недели от начала заболевания. Больные в последнем случае жаловались на общую слабость и боль в конечностях; температура оставалась у них нормальной или субфебрильной. Большинство больных—крестьяне из близлежащих деревень, употреблявшие в пищу свиное мясо или сало с мясным простом. О степени распространения трихинеллеза среди свиней в Гомельском округе можно судить по материалам Гомельского трихиноскопического пункта, где 5-6% свиных туш, доставляемых крестьянами на рынок, являются пораженными трихинеллами. При таком сильном распространении трихинеллеза среди свиней в округе, а с другой стороны, при отсутствии наблюдения за свиными тушами в районах, заболевание людей безусловно должно иметь место. Большинство наблюдавшихся нами больных болели легко, некоторые очень легко, и диагносцировать такие случаи было возможно только при сопоставлении их с более резко выраженными случаями, или при помощи биопсии. Легкое течение переживаемой нами в Гомельском округе эпидемии трихинеллеза об'ясняет нам тот факт, что болезнь и эпидемия проходят почти нераспознанными. Ниже будут приведены протоколы ряда случаев, подтверждающих это обстоятельство.

Ввиду большого общественного значения, которое имеет выявление всех случаев трихинеллеза, даже самих легких, а также необходимости ознакомления массы лечащих врачей с характеристикой наблюдаемой нами эпидемии, мы позволим себе привести краткое клиническое описание ее, главным образом с точки зрения ее диагностики.

Мы наблюдали больных в разные периоды болезни, начиная со второго дня болезни и кончая стадием выздоровления. Никто из больных не давал указаний на желудочно-кишечный стадий болезни. Описанные во всех руководствах желудочно-кишечные явления (рвота, понос, тошнота, и т. д.) нам ни разу не удалось видеть, или уверенно констатировать путем тщательного опроса больных. Отсутствием этой первой фазы болезни—желудочно-кишечной, и характеризуется наблюдаемая эпидемия трихинеллеза. Больные заболевают внезапно, среди полного здоровья, общей разбитостью, слабостью, головной болью и высокой температурой,—всеми признаками тяжелой инфекции. Во всех

без исключения случаях мы имели с первого дня болезни припухание лица, главным образом глазных век, с медно-красным оттенком кожи. Мы считаем на основании нашего материала очень характерным для трихинеллеза внезапное начало, высокую температуру и отек лица. Эти симптомы обязательны для этой болезни—они всегда бывают на лицо и выражены в большей или меньшей степени, смотря по тяжести случая. В дальнейшем наблюдается тифозное состояние с общими жалобами на разбитость и вялость во всем теле. Температура дает обычно большие ежедневные ремиссии (до 2 гр.) при обильном ночном поте. Утренняя температура держится между 37-38, вечерняя 39-40. Отек лица держится в первые 5-7 дней болезни, а потом совершенно проходит. Обычно лечащие врачи в этом периоде болезни подозревают поражение почек и направляют для исследования в лабораторию мочу. Почечных элементов и белку нам обнаружить в моче не удалось ни разу.

Если больные попадают под наблюдение позже, даже в стадии выздоровления, необходимо справиться, не было ли в начале заболевания отека лица. Указание больных на отсутствие этого признака обычно говорит против диагноза трихинеллеза.

Кардинальный симптом трихинеллеза, характеризующий второй стадий болезни,—стадий рассеивания трихинелл в организме, является поражение мускулатуры в большей или меньшей степени, именно этот стадий болезни и дает клиническую картину трихинеллеза с ее мышечными поражениями, лихорадкой, сильным общим недомоганием и др. симптомами. В наблюдающихся нами случаях на передний план выдвигалось тифозное состояние больных, тогда как мышечные явления только в нескольких случаях были резко выражены. Огромное большинство больных жаловалось только на вялость конечностей и разбитость и только наводящими вопросами можно было фиксировать внимание больных обыкновенно на сгибателях рук и ног. Несколько раз мы наблюдали сведения рук в локтевых суставах и сильную боль в ногах. В одном случае мы наблюдали поражение голосовых связок (афония) и наружного сфинктора ani. (недержание стула). Не резко выраженное поражение мускулатуры является вторым характерным моментом наблюдаемой нами эпидемии, который вместе с вышеприведенным (отсутствие I стадия болезни) обусловливает трудность диагностики.

Длительность второго стадия в наших случаях была от 7 дней до 6 недель. Большая часть больных проделывала свою болезнь на ногах. Только первые дни болезни, более тяжело протекавшие, больные оставались в постели, а потом они сплошь и рядом лечились амбулаторно, обращаясь от одного врача к другому. Температура в этом стадии (стадии выздоровления) оставалась субфебрильной; беспокоило больных только общая слабость, ломота в конечностях и жалобы на нетрудоспособность. Внешний вид больных в этом периоде бывает очень характерным: они имеют кахектичный вид, они бледны с восковидным оттенком кожи. Они жалуются на очень быструю утомляемость —это обычная жалоба больных в стадии выздоровления. Это состояние затягивается на много недель и больные большей частью остаются нетрудоспособными, несмотря на хороший аппетит. Со стороны внутренних органов особенных изменений не наблюдается. Селезенка и печень остаются не увеличенными. В одном случае, окончившемся летально, наблюдалось осложнение катарральной пневмонией и пролежнями

Из других постоянных симптомов этой болезни мы должны отметить положительную диазореакцию в моче: с большей или меньшей

резкостью мы ее наблюдали во всех случаях в лихорадочном периоде болезни. С падением температуры пропадает и диазореакция. Особенно резко выражена эозинофилия в крови. Мы наблюдали нередко случаи с 70-85% эозинофилов в крови.

Необходимо отметить, что эозинофилия не наростала параллельно тяжести заболевания: некоторые легкие случаи, наблюдавшиеся нами амбулаторно, протекали с эозинофилией в 70—80%, тогда как в других случаях, при более тяжелой картине болезни, наблюдалась небольшая эозинофилия. Этот симптом является очень ценным для диагностики, так как в наших условиях мы не знаем ни одной другой инфекционной болезни, которая протекала бы с эозинофилией в 50—80%. Что касается общей картины крови, то на основании более подробно обследованных нами случаев, она характеризуется следующим: со стороны красной крови в лихорадочном стадии болезни отмечается относительное увеличенное количество красных шариков (около 5 миллионов, иногда и больше) соответственно, большим процентом гемоглобина (90—110% по Сали). В дальнейшем, в стадии выздоровления, процент гемоглобина и количество красных шариков падает. Со стороны белой крови, помимо эозинофилии, отмечается лейкоцитоз в 15—20 тысяч и резкий нейтрофильный сдвиг влево до юных. Патологических элементов со стороны белой и красной крови не удалось отметить.

Резюмируя все сказанное, мы должны констатировать, что диагностика трихинеллеза бывает абсолютно уверенна при наличии следующих постоянных симптомов болезни:

1. Острое начало заболевания с высокой температурой, общим недомоганием, разбитостью и отеком глазных век и лица в течение первой недели болезни. При наличии сведений или ригидности мышц диагностика бывает еще более убедительна.
2. Тифоподобное течение болезни с ежедневно ремиттирующей температурой, обычно при ночных потах и общей слабости.
3. Резкая эозинофилия в крови (до 85%).
4. Положительная диазореакция в моче.
5. Длительный стадий выздоровления с субфебрильной температурой, кахексией и восковидным цветом кожных покровов.

Биопсию мы производили с диагностической целью два раза. В одном случае средней тяжести трихинеллеза с положительным результатом; в другом случае с очень легким течением, протекавшим с эозинофилией в 60%,—с отрицательным результатом. В 3-х случаях была произведена биопсия в 1-й Сов. б—це у больных средней и легкой тяжести с положительным результатом Нужно отметить, что поиски трихин в испражнениях больных и трихинелл в крови нам ни разу не дали положительного результата.

Характеризуя в общих чертах наблюдаемую нами эпидемию, нужно признать ее очень легкой по клиническому течению. Это обстоятельство делает распознавание болезни не легким, особенно для неопытного глаза или без подсобных лабораторных исследований. Мы уверены, что болезнь у нас распространена в значительно большей степени, чем это удалось нам обнаружить. Принимая во внимание, что свинина является главным мясным продуктом питания нашей деревни, и что на местах отсутствует надлежащий ветнадзор, мы должны указать на опасность, которая угрожает нашей деревне в смысле распространения трихинеллеза на человека.

В заключение мы позволим себе привести краткие истории болезни части наших больных.

1. Соболевская, 20 лет, кр-нка д. „Прудок“; работает поденно прачкой. Заболела внезапно 1/XII-26 г. общим недомоганием, высокой температ. и отеком лица. 11/XII-26 г. доставлена в изолятор Санстанции для выяснения характера болезни. Больная слаба, бледна, жалуется на общее недомогание и боль в конечностях; указывает на сильный отек лица, который на днях прошел. Сознание больной ясное, положение активное. Со стороны внутренних органов изменений нет. Больная оставалась в изоляторе до конца месяца. Температура держалась несколько дней высокой и давала ежедневные ремиссии при обильных ночных потах. В моче положительная диазореакция; белку и форменных почечных элементов нет. 16/XII произведено исследование крови (см. гемограмму), а 20/XII—биопсия левой двухглавой мышцы с нахождением большого количества инкапсулированных трихинелл. Состояние больной стало улучшаться; температура давала небольшие вечерние повышения; появился аппетит. Упорно держалась общая слабость, бледность и восковидный оттенок кожных покровов. 30/XII выписана в состоянии выздоровления. Картина крови у ней проверена 18/I-27 года. Больше больная к нам не показывалась.

Гемограмма больной Соболевской

.	Гемоглобин	Число красных шариков	Цв. показ.	Число кровян. пласт.	Число белых шариков	Базофилы	Эозинофилы	% нейтроф. Миэлоц.	Юные	Палочк.	Сегмент.	Лимфоциты	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист.
16/XII					увелч.	—	30	—	4	23	32	10	1	Осаждаемость эритроцитов
21/XII	90	4,74			12 тыс		20		3	20	32	23	2	
29/XII	95	5,4			10 „		11			11	29	46	2	
18/I-27 г.	80	4,82			8 „	—	22	—	—	4	33	35	6	

2. Фурсеев, 25 лет, дер. Севрюки. Чернорабочий ф-ки „Везувий“. Заболел 24/XII-1926 г. внезапно головной болью, слабостью, отеком лица и высокой температурой. Болезнь протекала легко и дней через 10 больной приступил к работе. Однако, общая слабость, быстрая утомляемость и небольшие боли в конечностях заставили его скоро бросить работу. С небольшим перерывом больной оставался нетрудоспособным в течение 2-х месяцев. 18/II-1927 г. больной прибыл в Санстанцию для исследования крови (заподозрена малярия), при чем у него обнаружено 65% эозинофилов в крови. Характерное начало болезни, внешний вид больного и типичные жалобы говорили за трихинеллез: из анамнеза больного мы узнали, что одновременно с ним заболели 3 члена его семьи, которые были направлены в 1-ую Сов. б-цу. У всех была произведена биопсия с нахождением трихинелл. 17/III-1927 г. больной случайно попал под наше наблюдение. Он был трудоспособен, считал себя здоровым, хотя и отмечал некоторую „неловкость“ в конечностях. Кровь давала еще большую эозинофилию.

Гемограмма больного Фурсеева

	Гемоглобин	Число кровяных шариков	Цв. показ.	Число кровян. пласт.	Число белых шариков	Базофилы	Эозинофилы	% нейтроф. Миэлоц.	Юные	Палочк.	Сегмент	Лимфоциты	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист.
1927 г. 18/II					увел.	—	65	—	2	10	13	9	1	Осаждаемость эритроцитов
„ 17/III					„	—	30	—	—	10	40	18	2	

3. Бобров 21 год. житель дер. Бородино. Рабочий, штукатур на временных работах. 14/III-27 г. явился во врачебно-контрольную комиссию за получением отпуска по болезни (грипп). Больной жаловался на общую слабость, разбитость. Заболел 2/III внезапно высокой температурой, сильным отеком лица. До 9/III лежал в тяжелом состоянии в деревне, так как не мог добраться до амбулатории. 9/III больной прибыл в амбулаторию пешком из деревни за 7 верст и получил больничный лист с диагнозом грипп. Заподозрив у больного трихинеллез, мы его направили в изолятор Санстанции для исследования. Общее состояние больного оставалось удовлетворительным, температура оставалась несколько повышенной. Обычные жалобы на боль в конечностях, слабость. Кровь давала очень сильную эозинофилию (85%). Диазореакция в моче была положительная. Через несколько дней больной выписан в удовлетворительном состоянии для амбулаторного лечения с диагнозом трихинеллез.

Гемограмма больного Боброва Акима

	Гемоглобин	Число красных шариков	Цв. показ.	Число кровян. пласт.	Число белых шариков	Базофилы	Эозинофилы	% нейтроф. Миэлоц.	Юные	Палочк.	Сегмент.	Лимфоциты	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист.
	95	5,1			15 тыс.	—	85	—	—	2	6	6	1	Осаждаемость эритроцитов

4. Бобров Григорий заболел одновременно с братом и лечился амбулаторно. 22/III-27 г. был направлен для исследования крови амбулаторным врачем. Больной оставался нетрудоспособным только первые 5 дней болезни. Считал себя больным гриппом согласно заключения амбулаторного врача. В настоящее время продолжает работать. Указывает на незначительную боль в конечностях, которая не мешает ему, однако, продолжать свою тяжелую физическую работу (случай очень легкого течения трихинеллеза).

Гемограмма больного Боброва Григория

	Гемоглобин	Число красных шариков	Цв. показ.	Число кровян. пласт.	Число белых шариков	Базофилы	Эозинофилы	% нейтроф. Миэлоц.	Юные	Палочк.	Сегм-нт.	Лимфоциты	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист.
					увел.	—	45	—	—	10	28	13	4	Осаждаемость эритроцитов

Следующие 6 случаев трихинеллеза, интересные в смысле общности этиологического момента, и указывающие точно продолжительность инкубационного периода. Случаи интересны еще и в бытовом отношении. Больные относятся к 3 семействам, вместе угощавшимся по поводу праздника 1-го мая. Болезнь у всех началась между 15 и 20 мая. Таким образом, в данных случаях мы имеем инкубационный период в 2-3 недели.

5. Кулик Александр 33 лет. 3/VI—27 г. прислан амбулаторным врачем для консультации по поводу неопределенного характера лихорадочного заболевания. Больной на вид бледен. Жалуется на общую слабость и боли в конечностях. Заболел 15 мая внезапно высокой температурой и отеком лица. Дней 10 лежал в постели, лихорадил, были сильные ночные поты. В настоящее время считает себя почти здоровым. Кровь дала характерную картину трихинеллеза. Когда больному было указано на характер его заболевания, он рассказал нам вышеприведенный этиологический фактор и о белезни своей жены и 2-х других семейств.

Гемограмма больного Кулика Александра

	Гемоглобин.	Число красных шариков.	Цв. показ.	Число кров. пласт.	Число белых шариков.	Базофилы.	Эозинофилы	% нейтрофил. Миэлоцит	Юные.	Палочков.	Сегмент.	Лимфоциты	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист. Осаждаемость эритроцитов.
	90	5			15000	—	30			20	35	12	3	

6. Кулик Маланья, 31 год, беременна на 8 месяце. Осмотрена на дому 8/VI. Заболела 20/V. Явления болезни были те же, что и у мужа. В настоящее время начинает выздоравливать. С трудом передвигается по дому. Бросается в глаза восковидно бледный цвет лица. Температура еще остается субфебрильной. Беременность протекает нормально.

Гемограмма больной Кулик Маланьи

	Гемоглобин.	Число красных шариков.	Цв. показ.	Число кров. пласт.	Число белых шариков.	Базофилы	Эозинофилы.	% нейтрофил, Миэлоцит	Юные.	Палочков.	Сегмент.	Лимфоциты.	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист. Осаждаемость эритроцитов.
						—	32	—	—	22	32	12	2	

7. Балченко Евдокия 27 л. Осмотрена на дому 5/VI—27 г. Больная слаба, находится в постели; температура остается повышенной, жалуется на боли в конечностях и сильную слабость. Заболела 20/V внезапно высокой температурой, ознобом и большой припухлостью лица, особенно глазных век, так что больная не могла смотреть. Была один раз рвота. Больная все время оставалась в постели и до настоящего времени еще неработоспособна. Большую часть дня остается в постели ввиду быстрой утомляемости. Бросается в глаза восковидно бледный цвет кожи. Диазореакция в моче положительная. Кровь—резкая эозинофилия.

Гемограмма больной Балченко Е.

	Гемоглобин.	Число красных шариков.	Цв. показ.	Число кров. пласт.	Число белых шариков.	Базофилы.	Эозинофилы	% нейтрофил. Миэлоцит	Юные.	Палочков.	Сегмент.	Лимфоциты.	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист. Осаждаемость эритроцитов.
							38	—	3	20	17	19	3	

8. Балченко Федор. Осмотрен одновременно с женой на дому. Считает себя здоровым. Одновременно с болезнью жены перенес какое то лихорадочное заболевание в течение нескольких дней. Болезнь протекала очень легко; температура была не высока, так что больной все время оставался на ногах. В настоящее время ни на что не жалуется. Кровь дала довольно большую эозинофелию. Принимая во внимание общий этиологический момент, нужно и в данном случае считать, что больной перенес легкую форму трихинеллеза.

Гемограмма больного Балченко Ф.

	Гемоглобин.	Число красных шариков.	Цв. показ.	Число кров. пласт.	Число белых шариков.	Базофилы.	Эозинофилы.	% нейтрофил. Миэлоцит	Юные.	Палочков.	Сегмент.	Лимфоциты.	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	–	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист. Осаждаемость эритроцитов.
							30	—	2	16	34	17	1	

9. Жижков Федор. Кузнец резерва конной милиции, явился в Санстанцию по вызову вместе со своей женой 8/VI—27 г. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно. Бросается в глаза бледность покровов. Жалобы на быструю утомляемость. Заболел внезапно 20 мая обычными явлениями трихинеллеза (высокая температура, отек лица и сильная разбитость).—В настоящее время выздоравливает и согласно постановлению ВКК через несколько дней должен приступить к работе. Кровь дает резкую эозинофилию.

Гемограмма больного Жижкова Ф.

	Гемоглобин.	Число красных шариков.	Цв. показ.	Число кров. пласт.	Число белых шариков.	Базофилы.	Эозинофилы.	% нейтрофил. Миэлоцит	Юные.	Палочков.	Сегмент.	Лимфоциты.	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	–	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист. Осаждаемость эритроцитов.
						—	60		4	12	17	5	2	

10. Жижкова Агафья. Явилась одновременно с мужем. Добралась до Санстанции с большим трудом, так как до сего времени не оправилась от болезни. Зиболела 20/V. Болела более серьезно. Все время чувствовала себя плохо: изнуряли сильные ночные поты, высокая температура, разбитость и болезненность во всем теле. В настоящее время начинает выздоравливать; появился аппетит, понемногу передвигается по дому. Бледность и восковидный оттенок кожных покровов очень резко выражены. Диазореакция в моче резко-положительная. Кровь—резкая эозинофилия. На мышечные явления не жалуется, и только при пальпации конечностей, главным образом бицепсов, указывает на болезненность. Больная очень обрадовалась, когда узнала, наконец, действительный характер своей болезни, надеясь получить соответствующее лечение. Неопределенность заболевания ее угнетало и пугало, так как считала себя опасно больной, соответствующим наставлением она была отправлена домой.

Гемограмма больной Жижковой А.

	Гемоглобин.	Число красных шариков.	Цв. показ.	Число кров. пласт.	Число белых шариков.	Базофилы.	Эозинофилы	% нейтрофил. Миэлоцит	Юные.	Палочков.	Сегмент.	Лимфоциты.	Моноциты и переход. ф.	ПРИМЕЧАНИЕ
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	–	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцитоз Полихроматофилия Базоф. зернист. Осаждаемость эритроцитов.
							60	—	3	21	12	4	—	

11. Каешко Алексей. 24 г. Крестьянин села Калинино. Прибыл в изолятор 2/3—27 г. с невыясненным заболеванием. Болел 4 дня. Больной слаб, сильно лихорадит; общее состояние тифозное; бросается в глаза резкий отек лица гл. обр. глазных век. Дальнейшее наблюдение за больным, исследование мочи и крови не оставляли сомнения в диагнозе трихинеллеза. Больной оставался под нашим наблюдением в изоляторе до 14/III—27 г. Мышечные явления оставались нерезко выраженными. Изнуряли больного только поты. Выписан в состоянии выздоровления.

Гемограмма больного Каешко К.

	Гемоглобин.	Число красных шариков	Цв. показ.	Число кров. пласт.	Число белых шариков	Базофилы	Эозинофил.	% нейтрофил. Миэлоцит	Юные	Палочков.	Сегмент	Лимфоциты	Моноциты и переход. ф.	Примечание
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцит. Полихроматофилия Базоф. зерн. Осаждаемость эритроцитов
	98	5,4			18тыс.	–	36	–	4	16	22	18	4	

12. Калинин Авраам. Печник на временных работах. 9/XI-27 г. явился в ВК 3-й амбулатории для продолжения отпуска по болезни. В больничном листе указан диагноз—грипп. Болен 11 дней. Больной на ногах пришел из деревни за 7 верст пешком. Вид его несколько кахектичный, восковидный, бледный цвет кожных покровов и небольшая одутловатость лица. Жалуется на слабость и болезненность в конечностях. Температура 38°. В начале заболезания отек лица был гораздо сильнее выражен. Исследование мочи не обнаружило белку и форменных элементов. Заподозрив у больного трихинеллез, он был направлен в стационар Санстанции, где он оставался до 14/III. Выписан для дальнейшего амбулаторного лечения.

Гемограмма больного Калинина А.

	Гемоглобин.	Число красных шариков	Цв. показ.	Число кров. пласт.	Число белых шариков	Базофилы	Эозинофил.	% нейтрофил. Миэлоцит	Юные	Палочков.	Сегмент	Лимфоциты	Моноциты и переход. ф.	Примечание
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцит. Полихроматофилия Базоф. зерн. Осаждаемость эритроцитов
	90	4,5	1		15 тыс.	—	28	—	—	11	32	26	3	

13. Тимошенко Анна 22 г. 27/X-27 г. доставлена из терапевтической больницы в изолятор Санстанции с подозрением на тиф. Больная в тяжелом состоянии с резко выраженными мышечными болями и сведением предплечий обоих рук. Диазореакция была резко-положительная, эозинофилия в крови до 20%. Ввиду резко выраженных мышечных явлений диагностика трихинеллеза была легка и больная была переведена для дальнейшего лечения в 2-ую Узловую больницу. Больная оставалась в тяжелом состоянии до конца ноября, продолжала сильно лихорадить и только потом мышечные явления постепенно стали проходить.

Произведенная биопсия двуглавой мышцы дала положительный результат.

14. Тимошенко Г. Прислан из Центральной ж.-д. амбулатории для производства биопсии, ввиду подозрения на трихинеллез. Больной рассказывает, что в течение 2-х недель переносит легкое лихорадочное заболевание. Почти все время остается на ногах.

В начале болезни был отек лица. Все время чувствует общую разбитость и болезненность во всем теле. Ввиду болезни жены тяжелой формой трихинеллеза, заподозрена и у него та же болезнь. В настоящее время у больного субфебрильная температура, он бледен, остальное все в норме. Исследования мочи—слабо-положительная диазореакция. Кровь—резкая эозинофилия. В хирургическом отделении Поликлиники больному была произведена биопсия левой двуглавой мышцы с отрицательным результатом. Через неделю больной доставил нам кусочек мышцы (биопсия произведена по инициативе больного в жел.-дор. амбулатории) для трихиноскопического исследования. Результат опять был отрицательным. Таким образом биопсия при клинически безусловном случае трихинеллеза, при повторном производстве ее, не дала положительного результата и, следовательно, для диагностики этой болезни она абсолютного значения иметь не должна.

Гемограмма больного Тимошенко Г.

	Гемоглобин.	Число красных шариков	Цв. показ.	Число кров. пласт.	Число белых шариков	Базофилы	Эозинофил.	% нейтрофил.				Лимфоциты	Моноциты и переход. ф.	Примечание
								Миэлоцит	Юные	Палочков.	Сегмент			
Норма		4,5-5,5 милл.			6-8000	1	3	—	—	4	63	23	6	Анизоцитоз Пойкилоцит. Полихроматофилия Базоф. зерн. Осаждаемость эритроцитов
	96	5,2			12 т.		60%	—	—	10	22	8	2	

ЛИТЕРАТУРА. Скрябин Н. И. профессор: лекции по медицинской гельминтологии, читанные в Тропическом Институте в Москве в 1924 г. Павловский проф.: руководство по практической паразитологии. II. В. Певзнер М. Б.: Характеристика глистных инвазий в г. Гомеле. (Русский журнал тропической медицины 1927 г. № 1).

(Детская Клиника Белорусского Государственного Университета)

К вопросу о бронхо-пневмониях в грудном возрасте[1])

Проф. В. А. Леонов

За последнее время вопрос о пневмониях в грудном возрасте принимает все более и более актуальное значение и привлекает интересы педиатров настолько, что на будущем V-м Всесоюзном С'езде Педиатров Клиника и терапия пневмоний у грудных детей поставлена одним из программных вопросов. Да это и понятно, так как воспаление легких у грудняков не только имеет своеобразное клиническое течение, но и исход этого процесса далеко не так часто благоприятен, как это имеет место в отношении детей старшего возраста. Доказательство последнему соображению можно видеть хотя бы из того обстоятельства, что некоторые авторы (Nassau) дают % смертности для пневмоний у грудняков в 66%. Поэтому вполне естественно то особое внимание, которое проявляется к этому заболеванию как у нас, так и заграницей.

В 1926 г. Nassau в своей весьма интересной работе „Die Klinik der saüenglingspneumonie", пытаясь ближе и точнее подойти к определению картины клинического течения пневмоний у грудняков и кладя в основу этого функциональные нарушения тех или иных органов, преобладающие в течение пневмонии, делит по клинической картине все пневмонии на следующие 6 форм: 1) Легочная форма бронхопневмонии, 2) Сердечно-сосудистая форма, 3) Атоническая форма, 4) Форма алиментарная, 5) Менингеальная и эклямптическая форма и, наконец, 6) Токсическо-септическая форма.

Каждая из этих форм имеет определенные характерные черты в своей клинической картине и наличие функциональных нарушений отдельных органов предопределяет с одной стороны как дальнейшее течение пневмонии, так и прогноз, а с другой—терапевтические мероприятия. В кратких чертах характеристика этих форм по Нассау такова:

I—*Легочная форма* бронхо-пневмонии характерна тем, что поражение органов дыхания в этом случае в картине болезни занимает первое место, тогда как со стороны других органов никаких расстройств не наблюдается, а если они и есть, то весьма слабо выражены. Несмотря на то, что у ребенка температура высока и воспалительный процесс часто занимает обширную поверхность, поражая несколько долей легкого, больной все же не производит впечатление тяжело больного. Цианоза нет, а окраска кожи, при нормальном тургуре, бледновата; тонус мышц удовлетворительный. Кровяное давление почти во все время течения болезни держится на одной и той же высоте; пульс хороший и полный; функция желудочно-кишечного канала удовлетворительна и пищеварение не нарушено.

---

[1]) Материалы к предстоящему V-му Всесоюзному С'езду педиатров.

Такая картина удовлетворительного общего состояния продолжается все время болезни вплоть до выздоровления или до нового рецидива или осложнения. В последнем случае течение болезни ухудшается, могут присоединиться расстройства со стороны других органов, при чем чрезвычайно важно то обстоятельство, что смертельный исход никогда не наступает в первые дни болезни, а всегда после длительного заболевания.

II. *Сердечно-сосудистая* форма бронхо-пневмонии встречается не так часто и до некоторой степени представляет полную противоположность легочной форме. В основе ее лежат расстройства, как со стороны сердца, так и со стороны кровеносной системы, почему в картине болезни с самого начала выступают на первый план расстройства кровеобращения и нарушение сердечной деятельности.

Цианоз появляется с первых дней болезни; на лице выражение страха и беспокойства. Сильная одышка, не связанная с патологическими изменениями в легких, а, несомненно, сердечного происхождения; раздувание ноздрей, стонущее дыхание, короткий прерывистый кашель; глубокие втягивания нижних краев грудной клетки. Сильный метеоризм; печень и селезенка иногда увеличены. Кровяное давление либо с самого начала низкое, либо имеет наклонность быстро падать, соответственно этому пульс частый, мягкий, неправильный; тоны сердца слабы и глухи. В случае преобладания вазомоторных расстройств наблюдается постоянное изменение окраски кожных покровов лица; то оно цианотично, то резко бледнеет, то приобретает сероватый, ливидный оттенок, то, наконец, вновь становится цианотичным. Сильная, мучительная для больного, одышка затрудняет сосание и ребенок, после нескольких глотков, бросает грудь матери.

Прогноз при этой форме всегда сомнительный, так как заболевание большей частью непродолжительно и на 3—5 день наступает смерть, при чем в агональном состоянии цианоз сменяется желтовато-бледной окраской, метеоризм исчезает и живот становится вялым и запавшим, вследствие полной атонии мышц.

III. *Атоническая форма* возникает в том случае, когда бактерийные токсины поражают парасимпатическую нервную систему и весь симптомокомплекс является последствием сужения просвета легочных и печеночных вен. Вначале эта форма бронхо-пневмонии как будто-бы напоминает сердечно-сосудистую форму, но дальнейшее наблюдение за болезнью обнаруживают совершенно иные функциональные расстройства. Основным симптомом этой болезни является полная атония всей мускулатуры, вследствие чего конечности легко поддаются всяким пассивным движениям, при поднимании—падают на кровать, точно парализованные; атонические, вялые мышцы брюшного пресса выпячиваются под давлениям кишечника, при чем появляющийся метеоризм не бывает так резко и сильно выражен, как это имеет место при кардиально-васкулярной форме; кроме того живот мягок и легко уступает давлению. Диафрагма также атонична, последствием чего является опущение и подвижность печени. Окраска кожных покровов серовато бледная. Одышка не велика; больной покоен, вял, апатичен, мало подвижен. Ребенок отказывается от еды, вследствие нарушенного аппетита. Кровяное давление значительно ниже нормы—60 мм. рт. столба, однако пульс хотя и плохой и слабого наполнения, но не дает тех неправильностей и перебоев, каковые наблюдаются при кардиально-васкулярной форме.

IV. *Алиментарная форма* бронхо-пневмонии, в основе которой лежат расстройства интермедиерного обмена и нарушение функций

пищеварительных органов, характеризуется тем, что уже с самого начала болезни, а нередко и за два-четыре дня до появления температуры, наступает падение веса и выявляются желудочно-кишечные симптомы—рвота и понос. Падение веса, обусловленное потерей воды и гидропигенных ионов (N a и K), иногда бывает настолько стремительное, что оно само по себе является непосредственной причиной смерти. Что же касается желудочно-кишечных явлений, то они не всегда могут быть на лицо или поздно присоединяются. Однако в том случае, когда они имеются, картина бывает такова: в одних случаях стул жидкий кашицеобразный, в других—сильный понос, рвота то бурная, то умеренная. Кожа сухая, дряблая. Наступающий метеоризм резко увеличивает одышку. Если не наступает выздоровление и падение веса, respectiv., потеря воды наступает непрерывно, то появляется затемненное сознание, затем коматозное состояние, бледно-серый цианиз и, наконец, смерть.

V. *Менингеальная и эклamптическая форма* бронхо-пневмонии, которая уже была давно известна педиатрам, проявляется то в форме менингеальных явлений, так называемого „менингизма“, то в виде судорог клонического и тонического характера. Эти явления настолько часто доминируют в картине болезни, что основное заболевание как-бы отходит на задний план и только последующие наблюдения и спинно-мозговая пункция, окончательно обнаруживают основной процесс.

VI. *Токсическо-септическая форма* отличается от всех остальных форм бронхо-пневмонии тем, что здесь все проявления болезни развиваются чрезвычайно бурно и заболевание редко продолжается больше 48 часов. Ребенок, до этого совершенно здоровый, внезапно заболевает и по истечении нескольких часов доходит до тяжелого состояния: температура—40° и 41°, беспокойство и сильнейший страх; дыхание поверхностное и прерывистое, вследствие наличия сильных болей. Быстро наступает коллапс и цианоз; кровяное давление падает; пульс слабый, малый, едва ощутимый. Сердечная слабость продолжает нарастать и ребенок быстро гибнет. Эта тяжелая клиническая картина находится в соответствии с патолого-анатомическими явлениями, столь же бурно развивающимися и захватывающими нередко оба легких.

Эта форма время от времени возникает в грудных отделениях в виде эпидемии и в короткое время может поразить многих детей.

Вот краткая характеристика всех 6-ти форм, выделенных и более или менее точно очерченных Нассау, при чем Нассау говорит, что как правило встречаются чистые формы бронхо-пневмонии, с определенной комбинацией болезненных симптомов, на основании которых ту или другую форму можно выделить без труда. Реже встречаются смешанные формы, где симптомы двух или трех форм переплетаются между собой; однако и в этих случаях один какой-либо симптомокомплекс преобладает.

Необходимо указать, что некоторые формы бронхо-пневмонии в отдельную клиническую картину педиатрами выделялись давно, напр. менингеальная форма, форма с желудочно-кишечными расстройствами, септическая. Но, несомненно, заслуга Нассау велика в том отношении, что он точно охарактеризовал сердечно-сосудистую и атоническую формы.

С первого же момента знакомства с работой Нассау, мы в нашей клинике решили на большом материале проверить наблюдения Нассау и при этом поставили себе задачей выяснить, как часто встречаются те или иные формы в чистом виде, какие формы преобладают

вообще и, в частности,—смешанные или чистые, каковы конституциональные особенности детей, страдающих той или иной формой и, следовательно, связь с той или иной формой конституции ребенка.

В настоящее время в нашем распоряжении имеется 125 случаев бронхо-пневмоний у детей от 0 до 1 года, при чем во всех этих случаях нами учитывались не только та или иная клиническая форма пневмонии, но еще и конституциональные особенности больных детей.

Все эти случаи сведены на табл. 1.

От 0 до 1-го года

Таблица 1

Форма бронхо-пневмонии	Общ. колич.	Выздоров.	Выпис. без измен.	Умерло	% выздор.	% умерших
Легочная форма	60	46	8	6	76,6	10
Сердечно-сосудистая ф.	34	11	5	18	32,3	52,9
Алиментарная ф.	12	6	1	5	50	41,6
Атоническая ф.	7	1	2	4	14,2	57,1
Менингеальная ф.	6	5	—	1	83,3	16,7
Токсическо-септическая ф.	—	—	—	—	—	—
Всего	119	69	16	34	—	—

Кроме 119 чистых клинических форм бронхопневмоний нами наблюдалось еще 6 случаев смешанных форм, из которых 1 ребенок выздоровел, 1 выписался в тяжелом состоянии и 4 умерло.

Переходя к анализу этих данных, следует прежде всего указать, что наичаще встречаются легочные формы бронхо-пневмонии, затем форма сердечно-сосудистая, а далее в нисходящем порядке—алиментарная, атоническая и менингеальная; септическая форма нами ни разу не наблюдалась.

В отношении тяжести заболеваний и смертности легочные формы стоят на последнем месте (10%), а на первом—атоническая форма—57,1%, затем идет форма кардио-васкулярная (52,9%), далее алиментарная (41,6%), и, наконец, менингеальная (16,7%).

Таким образом, легочная форма и встречается чаще и дает больший процент выздоровления; формы же сердечно-сосудистая, атоническая и алиментарная являются чрезвычайно неблагоприятными в смысле прогноза, давая большой процент смертности.

Что же касается форм смешанных, которых, как указано уже, мы наблюдали всего шесть, то следует указать, что по тяжести заболевания они являются наиболее тяжелыми и неблагоприятными—66,6% смертности; однако встречаются они не часто, составляя 4,8% общего количества бронхопневмоний (на 125 случаев), при этом ввиду их малого количества совершенно нельзя сделать вывод о преобладании той или иной группы или комбинации симптомов: были легочно-сердечно-сосудистые формы (2) и легочно-алиментарно-менингеальные (2) и др.

Попутно с наблюдением форм бронхопневмоний у грудняков мы также взяли под наблюдение и детей старших возрастов: от 1 до 2-х лет и от 2 до 3 лет; первых было 87 случаев, вторых—32 (таб. 2—3).

От 1 года до 2-х лет

Таблица 2

Форма бронхо-пневмонии	Общ. колич.	Выздоров.	Выпис. без измен.	Умерло	% выздор.	%% умер.
Легочная ф.	48	38	8	2	79,1	6,1
Серд.-сосуд. ф.	18	5	3	10	27,3	55,5
Алиментарная ф.	10	6	1	3	60	30
Менингеальная ф.	7	3	—	4	42,9	57,1
Атоническая ф.	4	3	—	1	75	25
Всего	87	55	12	20	—	—

От 2-х лет до 3-х л.

Таблица 3

Форма бронхо-пневмонии	Общ. колич.	Выздоров.	Выпис. без измен.	Умерло	%% вызд.	%% умер.
Легочная ф.	25	23	2	—	92	—
Серд.-сосуд. ф.	4	4	—	—	100	—
Алиментарная ф.	1	1	—	—	100	—
Атоническая ф.	1	—	1	—	—	—
Менингеальная ф.	1	1	—	—	100	—
Всего	32	29	3	—	—	—

Оказывается, что в этих возрастах все клинические формы бронхопневмоний, выделенные Нассау, можно наблюдать, при чем и здесь форма пульмональная, как в отношении частоты, так и в отношении процента выздоровления значительно преобладает над всеми остальными формами. Далее обращает на себя внимание то обстоятельство, что менингеальная форма в возрасте от 1-го до 2-х лет, как будто чаще встречается, нежели у детей до года, хотя это может быть и чисто случайное совпадение. Токсическо-септические формы и в этих возрастах также нами ни разу не наблюдались. Кроме того, процент смертности почти при всех формах бронхо-пневмоний значительно снижается, особенно в возрасте от 2-х до 3-х лет. Несколько иначе выявляется смертность в возрасте от 1-го до 2-х лет: здесь легочная, атоническая и алиментарная формы дают значительное снижение смертности, тогда как сердечно-сосудистая и менингеальная, наоборот, дают увеличение тяжелых случаев, со смертельным исходом, бронхопневмоний, именно 55,5% против 52,9% в первом случае и 57,1% против 16,7%—во втором.

Второй вопрос, который интересовал нас—это конституциональные особенности детей, больных бронхо-пневмонией. В этом направлении детально обследованы были больные от 0 до 1-го года, при чем, главным образом, нас интересовали две аномалии конституции: экссудативный диатез и лимфатико-гипопластический. Дело в том, что имеются указания на то, что дети экссудатики чаще нежели нормальные страдают поражениями дыхательных путей *(Маслов)* и что бронхопневмонии у них длятся значительно дольше, нежели у других детей *(Ева Гойбнер)*. В общем это вполне понятно, ибо сама сущность этой аномалии конституции дает все основания заранее предполагать, что это и должно быть именно так. Наши данные вполне подтверждают наблюдения вышеуказанных авторов. Именно, из общего количества 119 детей грудного возраста, больных бронхо-пневмонией, у 54 обнаружены отчетливые проявления экссудативного диатеза, т. е. 45,3%, а длительность заболевания у этих детей в полтора, два, иногда в три раза превышает таковую у нормальных детей, тогда как само течение болезненного процесса у них относительно не тяжело и смертность не так уже велика, как это можно было-бы думать; так из 54 экссудатиков умерло 13, т. е. 24,%.

Для детей экссудатиков выявляется еще одна чрезвычайно важная деталь, это некоторая наклонность к повторным заболеваниям бронхо-пневмонией, давая большей частью летальный исход, что у других детей хотя и отмечается, но не так часто, и с благоприятным исходом. Среди 54 экссудатиков—в 8 случаях наблюдались повторные заболевания бронхо-пневмонией, из них 2 раза у 3-х, три раза у 4-х и у одного—4 раза. Для иллюстрации указанного наблюдения приведем 2 случая повторной бронхо-пневмонии: у экссудатика и у нормального ребенка.

В. Мария, 8-ми месяцев (история бол. № 325), поступила в клинику 2 марта 1927 г, с жалобами на высокую температуру и кашель; заболела 3 дня тому назад, сразу: появилась высокая температура и беспокойное состояние; до настоящего заболевания 3 раза перенесла бронхо-пневмонию; осложнений не было; на втором месяце жизни были легкие диспептические расстройства.

При об'ективном исследовании найдено: вес 6.530 гр.; тип по Сиго—церебральный: габитус—эротический; кожа бледная; подкожно-жировая клетчатка слабо выражена; шейные лимфатические железы увеличены (до горошины), платновато-эластичны,—безболезненны; из проявлений экссудативного диатеза имеется—gneis, crusta lactea, intertrigo. В легких—укорочение перкуторного тона над левой верхушкой, там же крепитация и мелко-пузырчатые хрипы; рассеянные влажные хрипы справа в нижней и средней доле. Клинический диагноз: бронхо-пневмония. Форма по Нассау легочная. Ребенок пробыл в Клинике 47 дней и при явлениях наростающей сердечной слабости 19/IV-27 года скончался.

Н. Александр, 9-ти месяцев (Ист. бол. № 1.186), поступил в клинику 29/IX-26 года с жалобами на кашель и высокую температуру; заболел неделю тому назад, постепенно; сначала появился насморк, затем поднялась температура и ребенок начал кашлять. До настоящего заболевания перенес 4 раза воспаление легких, при чем 2 раза лечился дома, а два раза в Детской Клинике. Первая бронхо-пневмония была в возрасте 1½ месяца, вторая 3-х месяцев, третья—4-х месяцев, 4-я—7 месяцев.

При об'ективном исследовании найдено: вес—8.520 гр., тип по Сиго—дигестивно-мышечный; габитус—слегка пастозный; кожа и слизистые нормальной окраски, подкожно-жировой слой удовлетворительно развит. В легких—укорочение перкуторного тона справа в нижней доле; в обоих легких рассеянные сухие и влажные хрипы, а сзади справа в нижней доли и крепитация. Клинический диагноз: бронхо-пневмения. Форма по Нассау легочная. Ребенок, пробыв в Клинике 35 дней, 3/XI-26 года выписался совершенно выздоровевшим.

Таким образом, эти два случая являются характерными для течения и исхода повторных бронхо-пневмоний у нормального ребенка и экссудатика.

Что же касается до количественного распределения экссудатиков по отдельным формам клинического течения, то сводка всего материала представлена на табл. 4-ой.

Таблица 4

Форма бронхо-пневмонии	Общее колич.	Пневмон. экс. д.	% больн. с экс. д.	Смертность	
				Колич.	% %
Легочная ф.	60	29	48,3	3	10,3
Серд.-сосуд. ф.	34	16	47	6	37,5
Алиментарная ф.	12	2	16,6	—	—
Атоническая ф.	7	5	71,4	3	60
Менингеальная ф.	6	1	33,3	1	50
Всего	119	54	45,3	13	24%

Не делая никаких выводов из материала, обозначенного на табл. IV, ибо количество случаев не настолько велико, чтобы можно было с категоричностью вывести то или иное заключение, следует все-таки указать, что по отдельным формам экссудатики дают большую смертность, нежели нормальные дети, напр. при атонической и менингеальных формах.

Интересно также распределение больных бронхо-пневмонией по habitus'у (табл. 5):

Таблица 5

Форма бронхо-пневмонии	Общ. колич.	Количество больных с habitus'ом			Смертность с habitus'ом		
		Норм.	Пастоз.	Эрет.	Норм.	Пастоз.	Эрет.
Легочная ф.	60	18	30	12	5	1	—
Серд.-сосуд. ф.	34	21	8	5	12	4	2
Алиментарная Ф.	12	8	2	2	4	—	1
Атоническая ф.	7	2	3	2	1	2	1
Менингеальная ф.	6	3	2	1	1	—	—
Всего	119	52	45	22	23	7	4

Создается впечатление, что среди детей, страдающих бронхо-пневмонией, преобладающим является нормальный habitus и что дети с habitus'ом пастозным и эретическим как будто реже болеют бронхо-пневмонией—это во-первых. Во-вторых, дети с пастозным habitus'ом и эретическим при заболевании бронхо-пневмонией дают лучший прогноз и, следовательно, меньшую смертность, нежели дети с habitus'ом нормальным. Так, смертность среди бронхо-пневмоников с нормальным habitus'ом равна—44,2%, тогда как у детей пастозных и детей с habitus'ом эретическим она выражается в 15,5% в первом случае и в 18,1%—во втором.

Переходя теперь к больным бронхо-пневмонией детям, имеющим одновременно с этим признаки лимфатико-гипопластической аномалии конституции, мы прежде всего должны отметить, что таких детей, на нашем материале было малое количество—всего лишь 7 детей, которые по отдельным формам распределяются таким образом: (табл. 6)

Таблица № 6.

Форма бронхо-пневмонии	Общее колич.	Лимфатик.=гипопластик.		
		Всего	Выздор.	Умерло
Легочная ф. . .	60	2	2	—
Сердеч.-сосуд. ф. .	34	2	2	—
Алиментарная ф. .	12	1	—	1
Атоническая ф. . .	7	1	1	—
Менингеальная . .	6	1	1	—
Всего. .	119	7	6	1

Несмотря на то, что из общего количества 119 больных детей с признаками лимфатико-гипопластической аномалии конституции, как уже указано было всего 7, все-таки и это малое количество дает все основания считать, что у лимфатико-гипопластиков бронхо-пневмонии не только легче проходят и дают весьма малый процент смертности, но что они вообще значительно реже заболевают бронхо-пневмонией, нежели дети нормальные и экссудатики. Этот вывод вполне совпадает с наблюдениями, сделанными Iehle, а также и *Масловым*, который по этому поводу говорит так: „наоборот, воспаления легких... у них отмечены в меньшем % случаев“ (стр. 105).

Этим мы заканчиваем анализ наших клинических наблюдений и только вкратце позволим себе отметить, что подразделение бронхо-пневмоний по отдельным клиническим формам, сделанное Нассау, следует признать удачным, дающим ключ к пониманию не только самого болезненного процесса, но и, главным образом, к введению не шаблонной, а рациональной терапии бронхо-пневмонии у грудных детей.

Само собой разумеется, что не всегда встречаются чистые клинические формы, часто можно наблюдать и переходные формы и более редко—смешанные, однако это нисколько не мешает более или менее точному подходу к диагностике той или иной формы и, следовательно, к разумному, основанному на научных фактах, терапевтическому воздействию.

Из клиники Нервных болезней Белорусского Государственного Университета

(Директор—профессор М. Б. Кроль)

Пронационный феномен Gierlich'а—как ранний признак поражения пирамидных путей

Ассистент Д. А. Марков

В то время как для нижних конечностей известен целый ряд феноменов, связанных с заболеванием пирамидных (Ру) путей: Babinski Oppenheim, Mendel—Бехтерев, Россолимо. Schäffer, Cordon, Жуковский—Корнилов, клонусы стопы и надколенной чашки, отчасти защитные рефлексы и синкинезии,—семиотика пирамидных поражений верхних конечностей относительно бедна (клонус кисти, Бехтеревский рефлекс, суставные рефлексы Léri и Mayer'a, синкинезии). Поэтому когда слабо выражена триада характерная для пирамидной недостаточности: гипертония мускулатуры, предилекционный тип паралича, содружественные движения, диагноз наталкивается на некоторые затруднения. Мы хотели бы обратить внимание на пронационный феномен кисти, описанный недавно Gierlich'ом в качестве раннего признака поражения Ру. Он заключается в невозможности супинировать кисть при согнутом локте с прижатыми к туловищу плечами и предварительно пронированной кистью. Если сильно привести плечи, далее поставить предплечья под прямым углом к ним, то здоровому человеку легко удается целиком супинировать кисти, т. е. так вывернуть их кнаружи, что ладонные поверхности будут лежать горизонтально и обращенными кверху. Таким образом от полной пронации к полной супинации кисти описывают дугу в 180°. Это движение становится затруднительным даже при легком поражении пирамид. В последнем случае супинации удается на больной стороне только до среднего положения, т. е. до угла в 90°. Кисть устанавливается т. обр. в вертикальной плоскости, и разница по сравнению со здоровой стороной резко бросается в глаза (см. рис. 1 на стр. 79).

При дальнейшем пассивном движении до полной супинации—если она вообще удается—рука исследователя чувствует спастическое сопротивление, которое, обычно, при плавно нарастающем усилии постепенно расслабляется. С течением времени это спастическое состояние пронационного мускула может уже перейти в более или менее фиксированную контрактуру. Больной, обычно, ничего не знает о своей ограниченной способности к полной супинации, ибо эта крайняя установка кисти при обычной работе конечностей едва ли часто применяется. Другими словами пронационный феномен надо отыскивать специальными приемами. Известно, что при явном поражении Ру, в кисти наблюдается так называемый предилекционный (избирательный) тип, т. е. она устанавливается в типичных случаях в положении пронации сгибания и отведения (Lewandowsky, Gierlich, Wernicke-Mann).

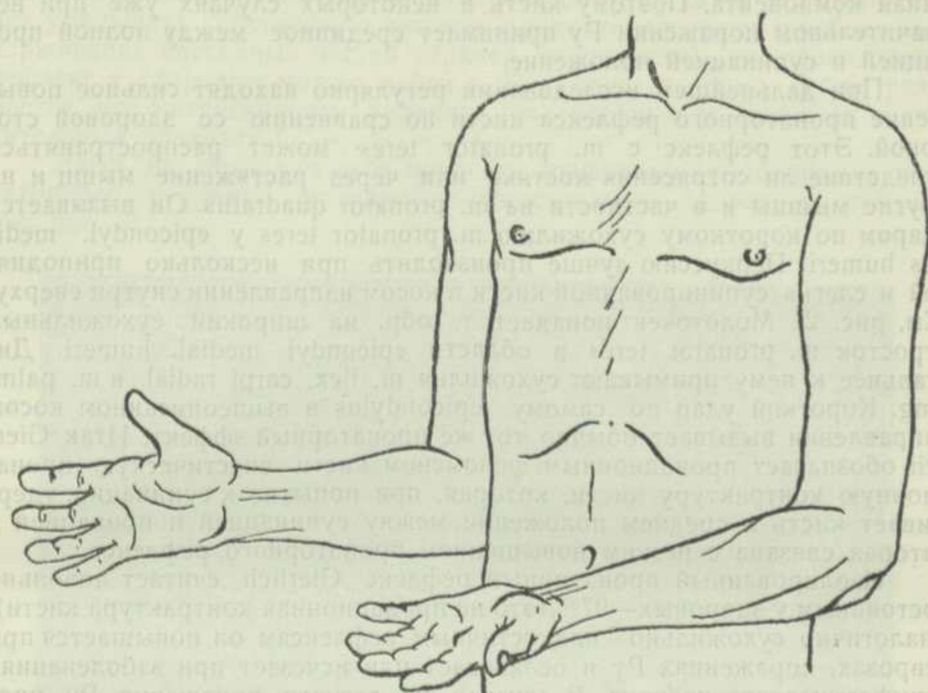

Рис. 1. Слева нормальная супинация, справа пронационный феномен

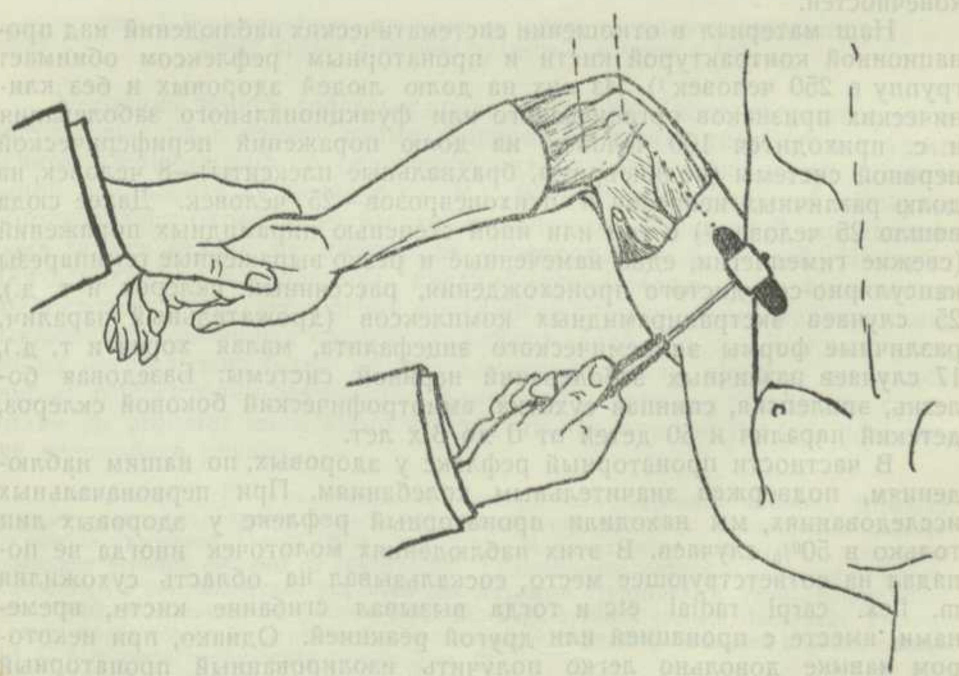

Рис. 2. Epicondyl medial. M. pronator teres

Из этих трех контрактур, по Gierlich'у, первой обнаруживается пронационная компонента. Поэтому кисть в некоторых случаях уже при незначительном поражении Ру принимает срединное между полной пронацией и супинацией положение.

При дальнейшем исследовании регулярно находят сильное повышение пронаторного рефлекса кисти по сравнению со здоровой стороной. Этот рефлекс с m. pronator teres может распространяться вследствие ли сотрясения костяка или через растяжение мышц и на другие мышцы и в частности на m. pronator quadratus. Он вызывается ударом по короткому сухожилию m. pronator teres у epicondyl. medialis humeri. Перкуссию лучше производить при несколько приподнятой и слегка супинированной кисти в косом направлении снутри сверху. (См. рис. 2) Молоточек попадает т. обр. на широкий сухожильный отросток m. pronator teres в области epicondyl. medial. humeri. Дистальнее к нему примыкают сухожилия m. flex. carpi radial. и m. palm. long. Короткий удар по самому epicondylus в вышеописанном косом направлении вызывает обычно тот же пронаторный эффект. Итак Gierlich обозначает пронационным феноменом кисти спастическую пронационную контрактуру кисти, которая, при попытке к супинации, удерживает кисть в среднем положении межну супинацией и пронацией и которая связана с резким повышением пронаторного рефлекса.

Изолированный пронаторный рефлекс Gierlich считает довольно постоянным у здоровых—97% (это не пронационная контрактура кисти). Аналогично сухожильно—надкостичным рефлексам он повышается при неврозах, поражениях Ру и ослабевает или исчезает при заболеваниях периферического неврона. В случаях же легкого поражения Ру пронаторный рефлекс очень рано и резко усиливается и лишь после повышаются другие сухожильно-надкостничные рефлексы верхних конечностей.

Наш материал в отношении систематических наблюдений над пронационной контрактурой кисти и пронаторным рефлексом обнимает группу в 250 человек [1]). Из них на долю людей здоровых и без клинических признаков органического или функционального заболевания н. с. приходится 100 человек, на долю поражений периферической нервной системы (полиневриты, брахиальные плекситы)—8 человек, на долю различных неврозов и психоневрозов—25 человек. Далее сюда вошло 25 человек [2]) с той или иной степенью пирамидных поражений (свежие гимеплегии, едва намеченные и резко выраженные гемипарезы капсулярно-сосудистого происхождения, рассеянный склероз и т. д.), 25 случаев экстрапирамидных комплексов (дрожательный паралич, различные формы эпидемического энцефалита, малая хорея и т. д.), 17 случаев различных заболеваний нервной системы: Базедовая болезнь, эпилепсия, спинная сухотка, амиотрофический боковой склероз, детский паралич и 50 детей от 0 до 3-х лет.

В частности пронаторный рефлекс у здоровых, по нашим наблюдениям, подвержен значительным колебаниям. При первоначальных исследованиях, мы находили пронаторный рефлекс у здоровых лиц только в 50% случаев. В этих наблюдениях молоточек иногда не попадал на сответствующее место, соскальзывал на область сухожилия m. flex. carpi radial etc и тогда вызывал сгибание кисти, временами, вместе с пронацией или другой реакцией. Однако, при некотором навыке довольно легко получить изолированный пронаторный

---

[1]) Специально не зарегистрированных наблюдений и не систематических проб проведено не менее 500.

[2]) Случаи гл. обр. с нерезкой заинтересованностью пирамид.

рефлекс в 85°/₀ случаев здоровых. Если же применять методы отвлечения—хорошего расслабления мускулатуры (иногда лучше сидя), далее уменьшать собственную тяжесть предплечья и кисти (удобное поддерживание пассивных частей верхней конечности), то пронаторный рефлекс у здоровых можно найти в 95°/₀ случаев. Само собою разумеется, что интенсивность рефлекса колеблется и у здоровых в значительных пределах (+—, +, ++).

Здесь мы позволим себе привести графическое изображение пронаторного рефлекса, у одного относительно здорового суб'екта (см. рис. 3).

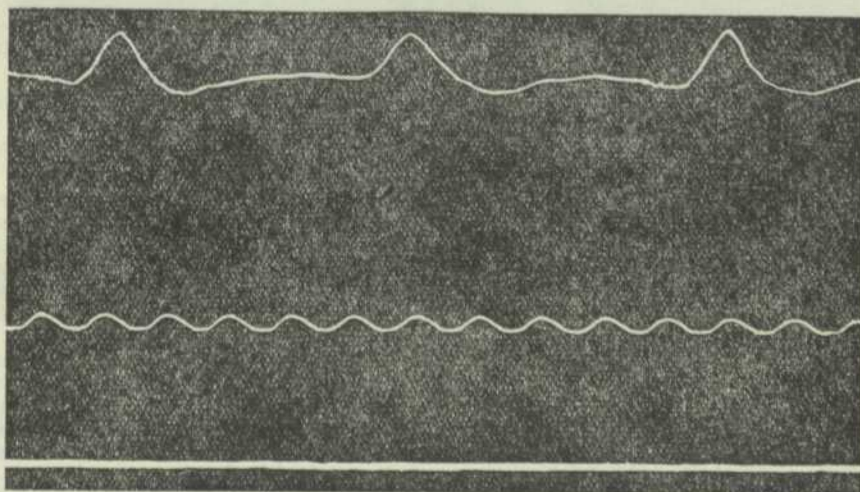

Рис. 3. Верхняя кривая—графическая запись пронаторного рефлекса. Внизу кривая отметчика времени с волнами в $1/5''$

Методика записи свелась к приспособлению плетизмографического инструментария к нашим целям. Воспринимающим аппаратом служил ручной плетизмограф по Lehmann'у, куда и вставлялась кисть с половиной предплечья (t° воды $29\frac{1}{2}$° R.). В качестве пишущей капсулы использовался барабанчик Марея с обычной воздушной передачей. Сама запись велась на кимографе Zimmermann'а с петлей Hering'а. Для исключения посторонних влияний принимались все возможные предосторожности: укрепление конечности специальными механизмами, выключение различных случайных раздражений и т. д. Впрочем для наших целей нужна была не плетизмографическая кривая, а запись грубых рефлекторно-реактивных движений в ответ на перкуссию сухожилия m. pronator teres. Само поколачивание производилось, понятно, вне резинового рукава.

Наблюдение 1. Л. 34 л. Жалобы на головные боли умеренной степени. Страдает упорными запорами. Глазное дно—N. RWa в крови отрицательна. Придаточные полости без особых уклонений. Орган слуха—N. Зубы—N. Каких-либо клинических признаков поражения нервной системы не обнаружено. Сухожильные рефлексы умеренной интенсивности (+). патологические рефлексы abs. Активная супинация, в специальном положении верхних конечностей, удается в полной мере с обоих сторон. Пассивная супинационная проба совершается свободно. Пронаторный рефлекс вызывается с обоих сторон (+). С него снята графическая кривая (Рис. 3).

Набл. 2 С. 26 л. Психастения. Жалобы: агорафобия, общая нервозность, раздражительность, быстрая утомляемость. Отягощенная наследственность Тревожномнительный характер, разнообразные фобии. Резкая чувствительность к исследованию рефлексов. Резкая сухожильно-надкостничная гиперрефлексия. Патологические рефлексы отсутствуют.

Выраженный белый дермографизм, обратный Aschner, тахикардия, легкое пучеглазие при слабом симптоме Möbius'a. Произвольная супинация—до конца при специальной установке верхних конечностей. Проба на пассивную супинацию—без всяких уклонений. Пронаторный рефлекс с об. сторон резко выражен (+++). Снята графическая кривая (См. рис. 4).

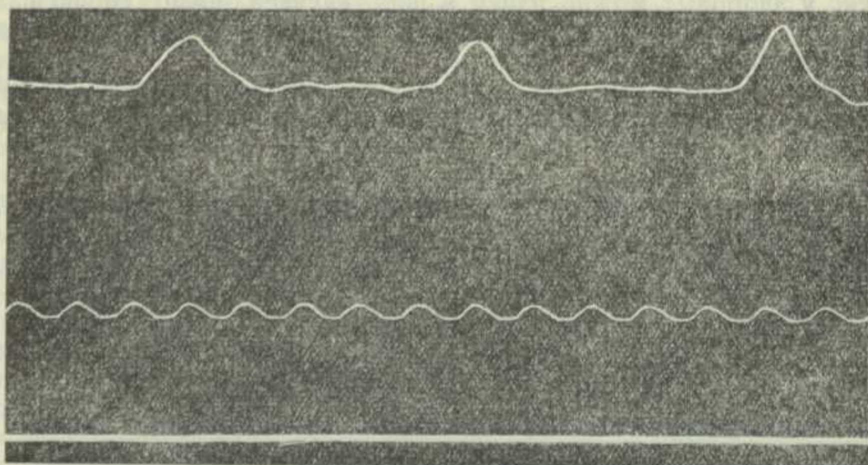

Рис. 4. Вверху графическая запись пронаторного рефлекса Внизу кривая отметчика времени с промежутками между волнами в $^1/_5{}''$

Так. обр. графическое изображение пронаторного рефлекса у невротиков с сухожильно-надкостничной гиперрефлексией дает лишь количественное различие (больший размах) как это видно из рисунков 3 и 4. Наоборот графика пронаторного рефлекса при поражении Ру характеризуется качественными отличиями (См. рис. 5) в виде выраженной тоничности рефлекса—пологости его кривой.

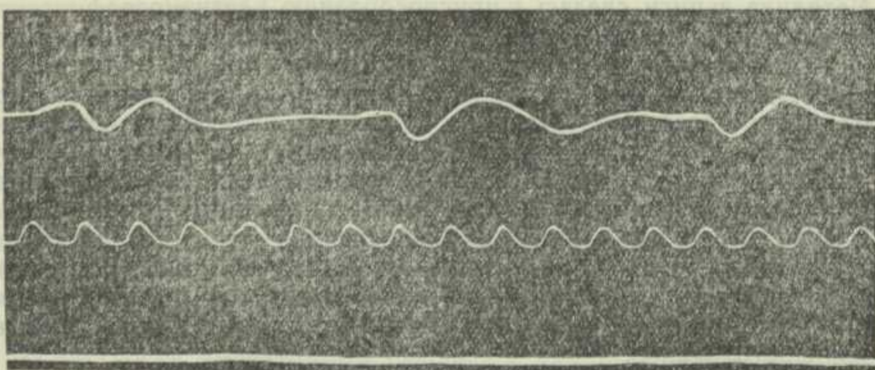

Рис. 5. Вверху графическая запись пронаторного рефлекса (поражение Ру) Внизу кривая отметчика времени ($^1/_5{}''$ между волнами)

Наиболее любопытным представляется нам пронационный феномен кисти (пронационная контрактура) вместе с пронаторным рефлексом в случаях начальных, маловыраженных, а также далеко зашедших и резидуальных пирамидных поражений. В общем мы можем прежде всего подтвердить проявление ясной асимметрии пронационного феномена и рефлекса в случаях односторонних Ру заболеваний.

Набл. 3 [1]) Ш. 50 л. Hemiplegia dextra Haemorrhagia cerebri „Удар“ около года тому назад, развившийся сразу с потерей сознания и речи. St. praes. Art. radial, и tempor. ясно уплотнены. Кровяное давление (RR) 155/85 m. m. Hg. RWa в крови и спинномозговой жидкости отрицательна. Парез правого n. facialis центрального типа. Язык при высовывании уклоняется вправо. Hemiparesis dextra org. (++) [2]) с ясными спастическими явлениями (выраженный предилекционный тип Wernicke—Mann'a). Сухожильно-надкостничная гиперрефлексия справа. Справа Baibnski, Mendel—Бехтерев, Россолимо. Брюшные рефлексы не удается вызвать (жирный живот). Координационая и глобальная синкинезии. Со стороны психики черты органической дементности. Слева супинация (при согнутом под прямым углом локте и аддуктированном плече) удается полностью, пронаторный рефлекс слабо выражен (+). Справа при резко пронированном предплечье и кисти (пальцы в состоянии сгибательной контрактуры) произвольная супинация абсолютно невозможна, пассивная супинация также встречает крайне резкое сопротивление, сопровождается резкой болезненностью и удается в минимальной степени. Пронаторный рефлекс справа +++. Пассивные сгибания и разгибания в локтевом суставе совершаются почти в полной мере, активное разгибание заметно ограничено.

Набл. 4. А 45 л. Hemiparesis sinistra (Ramolitio). Заболела 2½ мес. назад сразу. Потеряла сознание на ½ часа, потом не могла двигать левой рукой и плохо владела левой ногой. St. praes: Границы сердца увеличены во всех размерах (2—4 сант.). Тоны сердца: на верхушке шум с первым временем, II-й тон хлопающий.

Резкая тахикардия. Puls. irregul. perpetuus. Hemipaesis sin: Типичная сгибательная контрактура верхней конечностей. В левой нижней конечности об'ем движений—N. Отмечено некоторое понижение грубой силы в сгибателях бедра и голени. Тонус мышц без грубых уклонений. Hemihypaesthesia sin гл. обр на поверхностные виды чувствительности. Сухожильно-надкостничные рефлексы слева несколько живее, чем справа. Суставные рефлексы Léri и Mayer'a нормального типа. Брюшные рефлексы слева abs. Слева непостоянные рефлексы Babinski'ого и Oppenheim'a. RWa в крови и спинномозговой жидкости отрицательна. Справа супинация удается целиком. Слева супинация удается только до срединного положения (90°/₀). Пассивно можно увеличить супинацию до 130°, в дальнейшем встречается резкое ригидное сопротивление с болезненностью. Справа пронаторный рефлекс слабо выражен. (+), слева (+++) и вызывается поколачиванием не только сухожилия m. pronat. teres, но и перкуссией в нижней наружной четверти левого предплечья—почти в области прохождения art. radilis (рефлекс с m. pronator quaratus).

Набл. 5. Т. 28 л. Sclerosis disseminata. Постепенно наростающая слабость ног, а в последнее время отчасти и рук. Головокружение St. praes. : Paraparesis inferior spastica. Babinski с об. сторон. В верхних конечностях об'ем движений достаточен во всех суставах, только оппозиция правого большого пальца к малому неудается. Тонус и грубая сила в верхних конечностях без уклонений. Сухожильно-надкостничная гиперрефлексия: Lèri и Mayer, как в норме. Небольшой клонус чашек с об. сторон. Интенционное дрожание в руках. Незначительная диплопия.

Спинномозговая жидкость: реакция Nonne-Appelt'a—опалесценция, плеоцитоз 20/3, RWa отрицательная.

Произвольная супинация с об. сторон (при специальной установке конечностей) удается только до 130°. Пронаторный рефлекс (поколачивание у epicondyl. medial. humeri) с обоих сторон резко выражен (+++).

Набл. 6. А. 48 л. Hemiparesis sin. (Thrombosis). Lucs в анамнезе. 1½ года назад в течение 2-х дней „отнялась“ левая рука и нога Сознание не терял. St. praes.: Органический левосторонний гемипарез (++) с выраженными спастическими явлениями (обычный придилекционный тип). В левой верхней конечности: глобальная синкинезия, непроизвольная пронация парализованной руки при ее поднимании—феномен Strümpell'я, феномен Souques'a (разгибание пальцев при поднимании парализованной руки вверх). При тех или иных манипуляциях б-ной пользуется левой рукой в положении преимущественно пронационом. Сухожильно-надкостничные рефлексы слева выражены гораздо сильнее, чем справа. Намек на феномен Babinski'ого слева. Брюшные рефлексы вяловаты с об. сторон. Справа супинация удается полностью, пронаторный рефлекс слабо выражен. Слева ясный пронационный феномен—при попытке к супинации кисть устанавливается в вертикальной плоскости при стоячем положении б-ного (90°). В сидячем положении активная супинация слева удается до 105°, пронаторный рефлекс слева +++.

Пассивной пробой можно довести до 120°, дальнейшее движение встречает резкое болезненное сопротивление и не удается. После 15' водяной ванны (T° 29° R) активная супинация без изменений, пассивная до 140°, остаток контрактуры преодолеть не удается. Артерии лучевые и височные уплотнены, пульс 72 в 1', кровяное давление 150/95 m. m. Hg. (RR). RWa в крови положительна.

---

[1]) Почти все истории болезней приведены в кратких извлечениях.

[2]) Степень паралича (ограничение об'ема движений и силы) условно обозначена 1) +—, 2) +, 3) ++, 4) +++ (полная гимеплегия с отсутствием всяких движений).

Из приведенных примеров видно, что в случаях одностороннего поражения пирамид может приобрести диагностическое значение и рефлекс с m. pronator quadratus, заключающийся в легкой пронации поддерживаемой кисти при ударе в нижней четверти предплечья на 2 см. медиальнее от proc. styloid. radii.

При двухсторонних поражениях Ру пронационная контрактура также обнаруживается заметным образом наряду с резким усилением пронаторных рефлексов.

Набл. 7. П. 23 л. Sclerosis disseminata. Больна с 1921 г. Одно время ноги совсем не действовали, потом могла ходить. Ремиссии повторялись неоднократно. Головокружение. St. praes. Paraparesis inf. spastica (левая нога слабее) с некоторым расстройством тазовых органов. Интенционное дрожание. Какого-либо ограничения об'ема движений в верхних конечностях не отмечено. Тонус мышц нормален. Некоторое ослабление силы сжатия правой кисти (20 kg. по динам.). Léri и Mayer без особых уклонений. Синкинезий в верхних конечностях нет. Сухожильно-надкостничная гиперрефлексия. Брюшные рефлексы отсутствуют. Babinski с об сторон. Россолимо > слева. Клонус стоп и чашек. Болевая гипальгезия спинального типа (больше слева) до Д 7—8.

Пронаторные рефлексы резко выражены (+++) с об сторон. Активная супинация с об. сторон удается до 120°, пассивной пробой можно довести супинацию до 180° при выраженном ригидном сопротивлении.

Наибольшую клиническую ценность представляет пронационная контрактура в случаях маловыраженной пирамидной недостаточности особенно при удовлетворительных об'еме и силе движений

Набл. 8. Т. 53 л. Arteriosclerosis cerebri. Головокружения, головные боли, плохой сон, быстрая утомляемость при умственной работе, слабость памяти. Неделю назад у б-ного сильн закружилась голова и онемела правая рука (на несколько часов). За этот промежуток времени трудно было подыскивать слова. Теперь чувствует некоторую неловкость в пальцах правой руки при тонких манипуляциях (напр. письме). В анемнезе умеренный алкоголизм, много психических травм. St. praes.: Резкая жесткость лучевых и височных артерий, пульс 66 в 1', кровяное давление 160/80 m. m. Hg. (R. R), тоны сердца очень глухи. RWa в крови отрицательна. Мимическая мускулатура иннервируется симметрично, язык высовывается по средней линии. Каких-либо парезов в конечностях не обнаружено. Поле зрения при грубой пробе без особых уклонений. Lèri и Mayer с об сторон в норме. Патологических рефлексов нет. Брюшные рефлексы справа несколько более вялы, чем слева. Нижнерадильный рефлекс справа несколько живее, чем слева. Biceps, triceps—рефлексы, коленные и Ахилловы симметричны.

В правой кисти значительно расстроены чувство локализации и стереогноз. Рефлекс с m. pronator teres справа ++, слева +—. Супинация слева удается до 180°, активная супинация справа—до 100°, пассивная почти до конца при небольшом ригидном сопротивлении.

Набл. 9. Т. 51 г. Hemiparesis (Thrombosis cerebri). Несколько месяцев назад постепенно на протяжении 2-х дней развилась картина легкого левостороннего гемипареза без потери сознания. В дальнейшем нога значительно выправилась. рука в меньшей степени. St. praes.: Периферические артерии умеренной плотности, пульс 72 в 1', тоны сердца несколько глуховаты, кровяное давление —N. Об'ем движений и сила в левых конечностях заметно но пострадали. Сила сжатия левой кисти слегка ослаблена (15—20 kg. по динаметру). Сухожильные рефлексы слева > чем справа.—Тонус мышц заметно не повышен. Брюшные рефлексы довольно симметричны. Слева Leri не получается, справа нормальные отношения. Патологические рефлексы отсутствуют. Активная супинация права удается полностью, произвольная супинация слева до 90°, пассивная до 130°, дальнейшая проба не удается из-за болезненного ригидного сопротивления. Слева пронаторный рефлекс +++. справа +.

Набл. 10 Х. 49 л. Lues в анемнезе (8 лет назад) плохо леченный. Три месяца назад (на протяжении 10 дней) в правой руке и языке было пять „приступов онемения" продолжительностью в несколько минут. В некоторых случаях они сопровождались головокружением и затруднением речи. St. praes,: RWa в крови отрицательна. Анизокория с вяловатой зрачковой реакцией. Парезов нет. Все движения до самых тонких и раздельных совершаются правильно, с достаточным об'емом и силой. Сухожильные и кожные рефлексы симметричны. Lèri и Mayer нормального типа. Патологические рефлексы отсутствуют. Незначительное понижение чувства локализации в области правой кисти при сохраненной глубокой чувствительности и нормальном стереогнозе.

Супинация слева —N, активная супинация справа только до 130°, пассивная до 180° при слабом ригидном сопротивлении.

Пронаторный рефлекс слева +, справа ++.

Набл. 11. Р. 27 л. Embolia cerebri (Monoparesis sin). Год тому назад сразу „отнялась левая половина тела (без потери сознания). Нога быстро выправилась, в руке до сих пор ощущение „сильной стянутости" в дистальных отделах при некоторой неловкости в движениях.

St. praes.: Легкий парез нижней ветви левого facialis. Активные движения в левой нижней конечности сохранены полностью. В левой верхней конечности об'ем движений резко не пострадал, однако противопоставление, напр. большого пальца малому плохо удается, попеременное сгибание—разгибание пальцев замедлено по темпу. Сила мелких мышц левой кисти несколько ослаблена. Мышечное чувство с дефектами: ошибается в счете пальцев при покойном положении, однако, правильно определяет направление движения. Синкинезии abs. Легкая гипертония в мышцах, приводящих левое плечо, сгибающих левую кисть и предплечье (+). Сухожильные рефлексы на левой руке > чем на правой. Феномен Lèri асимметричен (слева гораздо слабее). Брюшные без уклонений. Патологические рефлексы отсутствуют. Активная супинация справа на 180°, произвольная супинация слева до 100°, пассивная до 150°, однако с резким ригидным сопротивлением, дальше контрактура не преодолевается. Резкие пронаторные рефлексы слева (+++). Границы сердца увеличены (3 4 сант.) во всех размерах. Пульс 96 в 1', временами аритмичный, сильный систолический шум на верхушке. RWa в крови отрицательна.

Набл. 12. К. 50 л Arteriosclerosis cerebri et universalis. Жалуется на одышку и боли в коленных суставах, в остальном считает себя здоровой. St. praes. Выраженный хруст в коленных суставах с некоторой болезненностью при пассивных движениях. Периферические артерии тверды на ощупь, видна пульсация art. cubitalis. Кровяное давление 180/140 m. m. Hg. (RR) Границы сердца расширены влево на 1 поперечный палец за сосковую линию. Первый тон на верхушке не чист, акцент на втором тоне art. pulmonalis. На голенях и стопах при надавливании остается ямка (отек). RW в крови отрицательна. Miosis резкий Каких-либо недочетов в движениях не отмечено. При подробном исследовании слева обнаруживается резкое веерообразное расхождение ножных пальцев при штриховом раздражении наружного края подошвы. Сухожильно-надкостничные рефлексы слева > чем справа. Истощающийся клонус стопы слева Брюшные рефлексы валоваты и равномерны. Lèri и Mayer нормального типа. Выраженный пронационный феномен левой кисти, т. е. больной не в состоянии супинировать кисть далее срединного положения между пронацией и полной супинацией. Пронационная контрактура слегка фиксирована. Пронаторные рефлексы слева +++, справа + —. В остальном без особых уклонений. Больной отрицает какой-либо инсульт в анамнезе.

Наб. 13. С. Sclerosis disseminata incipiens. Сильное головокружение, шатание при ходьбе. St. praes : Небольшой нистагм. Вестибулярный аппарат справа в состоянии незначительного угнетения. Об'ем движений в конечностях без каких-либо уклонений. По динамометру сила сжатия правой кисти—32, левой 37. Положительный Romberg. При ходьбе с закрытыми глазами—уклон влево. Незначительное интенционное дрожание в верхних конечностях. Тонус мышц—N. Чувствительность без уклонений. Сухожильно-надкостничные рефлексы на верхних и нижних конечностях повышены. Брюшные рефлексы отсутствуют. Патологических нет. Спинномозговая жидкость: Nonne—Ap.—опалесценция, Pandy +, плеоцитоз 3/3, RWa отрицательна. „Normomastix" и Goldsol" с ясным уклоном влево. Активная супинация обоих кистей (при специальной установке верхних конечностей) удается до 150° при самых тщательных усилиях. Пассивная проба почти до конца.

Набл. 14. Х. 42 л. Lues в анамнезе—8 лет назад. Теперь припадки без потери сознания, начинающиеся с подергиваний пальцев левой кисти и сведения всей верхней конечности, RWa в крови отрицательна. Периферические артерии умеренной плотности. Кровяное давление 140/90 m m. Hg. (RR). Анизокория с вяловатой зрачковой реакцией, особенно слева. Lèri и Mayer с обоих сторон без уклонений. Парезов нет. Сухожильно-надкостничные и кожные рефлексы симметричны Слева намек на ф. Babinski'ого. Небольшое расстройство мышечного чувства в пальцах левой кисти: повторно ошибается в счете пальцев, хотя направление движения определяет правильно. Чувство локализации в левой кисти с небольшими дефектами. Стереогностическое чувство без грубых уклонений. Пронаторный рефлекс слева (+), справа неясный (+ —). Активная супинация справа удается полностью, слева до 140°. Пассивная совершается до конца при небольшом ригидном сопротивлении

Набл. 15. Ж. 22 л. Encephalomalatia (Embolia). insufficientia et stenosis v. mitralis. Нос. губы, конечности—цианотичны. Почти полная моторная афазия. Об'ем активных движений в правой нижней конечности пострадал гл. обр. в самых дистальных отделах. Грубая сила во всех суставах правой ноги значительно ослаблена. Об'ем активных движений в правой верхней конечности заметно не пострадал. Грубая сила во всех суставах слегка ослаблена. Небольшая гипертония в правых конечностях обычного типа. Сухожильно-надкостничные рефлексы на верхних конечностях без уклонений. Брюшные рефлексы справа несколько вялее чем слева. Гемигипэстезия справа. Слева супинация удается полностью. Справа активная супинация только до 90°, пассивная до 120°. Пронаторный рефлекс слева +, справа +. Пульс 72 в 1', слабого наполнения, аритмичный. Границы сердца значительно расширены во всех размерах.

Однако не во всех случаях с поражением Ру встречаются описанные пронационные феномены. За это говорят следующие наблюдения.

Набл. 16. Ш. 59 л. Arteriosclerosis cerebri (Thrombosis). Три дня назад онемели левые конечности и стали плохо действовать. Сознания больная как будто не потеряла. St. praes. пульс 60 в 1'. Кровяное давление 138/72. Границы сердца увеличены на 1—2 см. влево. Небольшой шумок с первым временем на верхушки. Периферические артерии заметно уплотнены. Типичный левостор. гемипарез с легкой гемигипэстезией. Сухожильно-надкостничные рефлексы очень живые с обоих сторон и почти равномерны. Брюшные рефлексы слева слабее. Babinski abs. Справа вызывается непостоянный феномен Oppenheim'a (не совсем характерный). При пробе слева—контралятеральный справа. Легкая гипотония в левых конечностях особенно в дистальных отделах.

RWa в крови и в спинномозговой жидкости отрицательна. Nonne, Pandy +, Weichbr. 0, плеоцитоз 14/3.

Черты сенильной деменции. Пронаторный рефлекс слева +++, справа +. Справа супинация удается полностью, слева на 160°—170°.

Набл. 17. Б. 32 л. Neurolues. Сифилис 6 лет назад. Теперь приступы онемения и слабости (продолжительностью несколько минут—без потери сознания) в левых конечностях и левой половине лица, начинающиеся с левой ноги и сопровождающиеся затруднением речи (дизартрического характера?). Несколько раз отмечалось ночное недержание мочи. St. Praes. Сила и об'ем активных движений удовлетворительны. Сухожильные рефлексы равномерны. Нижнерадиальный рефлекс слева несколько живее, чем справа (?). Патологических рефлексов нет. Тонус мышц—N. Резкая анизокория и неправильная форма зрачков. Arg. Robertson в обоих глазах. Небольшой пояс гипальгезии на груди (область сосков). Левосторонняя гемигипэстезия в слабой степени с преобладанием расстройств в дистальных отделах. Небольшое нарушение мышечно-суставного чувства в пальцах левой руки и ноги. Чувство локализации и стереогностическое без грубых уклонений. Супинация (при специальной установке верхних конечностей) возможна полностью. Пронаторный рефлекс справа +, слева +++. RWa в крови положительна.

Набл. 18. М. 50 л. Sclerosis later. amyotroph. Прогрессирующее ослабление силы и ограничение об'ема движений в дистальных отделах правой верхней и левой нижней конечностей с атрофией мелких мышц правой кисти, левой голени и наличностью реакции перерождения. Сухожильно-надкостничные рефлексы резко повышены. Патологических рефлексов нет. Чувствительность без уклонений. Двухсторонняя активная супинация возможна полностью. Пронаторный рефлекс справа и слева.

Набл. 19 К. 21 г. Epilepsia traumatica (partialis). Ранение осколком снаряда в правую теменную область. Небольшой парез левой верхней конечности центрального типа: biceps, triceps, нижнерадикальный и пронаторный рефлексы слева гораздо живее, чем справа, незначительная ригидность в сгибателях предплечья и кисти, асимметричное ослабление феноменов Lèri и Mayer'a, слева, понижение мышечного суставного чувства в пальцах левой кисти. Судорожные припадки без потери сознания, начинающиеся с подергивания левой кисти. Супинация справа удается полностью, активная супинация слева возможна почти до 180°, но несколько замедлена по темпу.

Наконец, в 3-х случаях свежей (вялой) гемиплегии мы пытались проследить связь наростания движения, сухожильно-надкостничной гиперрефлексии с пронационной контрактурой. Только в одном из них удалось отметить как будто бы раннее и преимущественное (для мышц верхней больной конечности) проявление способности к пронации наряду с прогрессирующей гипертонией соответствующих мышц, повышением пронаторных рефлексов и склонностью к типичной патологической позе. Другие два случая были не совсем типичны в этом отношении.

Набл. 20. К. 52 л. Hemiplegia Sin. Инсульт 4 дня назад. Вялая левосторонняя гемиплегия с полным отсутствием движений. Сухожильно-надкостничные рефлексы слева несколько живее Lèri и Mayer слева не вызываются. Брюшные рефлексы очень вялы с обоих сторон. Патологические рефлексы отсутствуют. Тоны сердца глуховаты в области нижне отрезка грудины выслушивается диастолический шумок, пульс аритмичен.

На девятый день заболевания появился ф. Babinski'ого слева. Через две недели от начала заболевания небольшой намек на сгибание в коленно-тазобедренных суставах слева. Гипотония в левых конечностях без перемен. Пронаторный рефлекс слева ++, справа + —. Пассивная супинация слева удается полностью без всяких затруднений. Через три недели—об'ем активных движений без перемен. Констатировано заметное ригидное сопротивление при попытках к полной пассивной супинации левой кисти. Актив-

ные движения в левой руке отсутствуют. Через месяц от начала заболевания: выраженное ригидное сопротивление при пробе левой кисти на пассивную супинацию. Если поддерживать левую кисть в состоянии полусупинации при согнутом и пассивно опирающемся предплечьи, то удается небольшое активное пронационное движение левой кистью. Какое-либо другое активное движение в левой верхней конечности отсутствует.

Любопытно проявляла себя еще группа экстрапирамидных заболеваний в отношении пронационных контрактур и рефлекса. Чистые гиперкинетические формы (хорея, энцефалит) не дали здесь каких-либо положительных результатов и мало отличались от здоровых людей если не считать непроизвольных движений, мешавших исследованию. Наоборот, при паркинсоно-подобных состояниях (дрожательный паралич, энцефалит) пронаторные рефлексы в смысле интенсивности обнаруживали некоторую зависимость от степени сухожильно-надкостничной гиперрефлексии.

В чистых случаях гипокинетического синдрома (поражение pallidi) полная произвольная супинация удается, хотя, обычно, в саккадированном, толчкообразном и замедленном темпе, и движение может совершаться даже с длительными остановками на пути.

Набл. 21. П. 21 г. Encephalitis epidemica-chronica. Острое начало год назад: повышенная t°, бессонница, потом сонливость, двоение в глазах, слюнотечение.

St. praes:. Обычный тип амимичного, скованного, заторможенного энцефалитика (паркинсонизм). Общая ригидность резко выражена и в конечностях как будто бы превалирует в проксимальных отделах. Обильное слюнотечение. Анизокория. Плохая конвергенция. Сухожильно-надкостничные рефлексы несколько оживлены на верхних и нижних конечностях. Патологические рефлексы отсутствуют. Пронаторный рефлекс равномерен (++) с об. сторон. Активная супинация протекает в толчкообразном и очень замедленном темпе до 140°. Настойчивым понуканием удается довести супинацию почти до конца. Пассивная супинация при ригидном сопротивлении удается полностью.

Набл. 22. Р. 58 л. Paralysis agitans. Больной считает себя несколько лет. Начало болезни малозаметное. Течение медленное. St. praes.: Тремор в левых конечностях, характерный для дрожательного паралича. Равномерная выраженная гипертония в левых конечностях и небольшая ригидность в сгибателях и разгибателях правой голени. Общий облик паркинсонника. Сухожильно-надкостничные рефлексы без грубых уклонений. Патологических нет. Активная супинация совершается с об. сторон: слева она только замедлена по темпу. Пронаторные рефлексы равномерны (+) с об. сторон.

Надо указать еще на наличие пронационного феномена Gierlih'a в некоторых случаях эпидемического энцефалита (паркинсоновский тип) с резким повышением сухожильно-надкостничных или с наличием патологических рефлексов (Babinski). Надо думать, что в подобных случаях имеется известная патологическая заинтересованность Py пути, создающая предпосылку для пронационной контрактуры (супинация удается до угла в 90°, иногда больше или меньше этого).

Набл. 23. Ф. 20 л. Encephalitis epidemica. Больна несколько лет. Начало довольно острое: бессонница, головные боли, двоение в глазах, слюнотечение. St. praes.: Амимия. Общая скованность. Равномерная гипертония в мускулатуре верхних и нижних конечностей (типичный паркинсонизм). Тремор переменной интенсивности верхних и нижних конечностей. Временами насильственный смех и плач. Сухожильные и надкостничные рефлексы на верхних и нижних конечностях резко повышены. Клонус об. стоп и чашек. Пронаторный рефлекс +++ с об. сторон. Ясный пронационный феномен: Справа активная супинация до 140°, слева до 100°. При пассивной пробе справа до 160°, слева до 140° при резком ригидном сопротивлении. Патологические рефлексы отсутствуют.

Что же касается случаев табеса, то они давали иногда только угасание пронаторных рефлексов при полной возможности к супинации. Полиневриты, плекситы, передние полиомиэлиты также вели к той или иной степени ослабления пронаторных рефлексов (соответственно локализации процесса). Сама же пронация—супинация зависела здесь исключительно от размеров паралича мышц и не представляла каких-либо специальных особенностей.

Чтобы покончить с фактическим материалом, мы упомянем еще о состоянии пронационного феномена у детей в возрасте от рождения до 3-х лет. Эта группа в 50 [1]) человек распределилась в отношении возраста следующим образом: 5 человек новорожденных, 25 от нескольких часов до нескольких (3-х) месяцев, 10 человек от 4-х месяцев до 1 года и 10 человек от 1 года до 3-х лет.

Оказывается, что кисти у новорожденных находятся в состоянии довольно сильной пронации. Это положение склонно фиксироваться в спокойном состоянии и преимущественно сохраняется при неловких движениях детей до 3-4 месяцев. Постепенно нарастают и супинационные упражнения, но обычно за этот период (3-4 мес.) не переходят дальше срединного положения между пронацией и супинацией. Исследование пассивных движений в сторону пронации-супинации обнаруживает в это время, что кисть легко пронируется, а при попытке к супинации возникает сначала слабое сопротивление, которое значительно нарастает по мере приближения к среднему положению и требует значительного преодоления и болезненной реакции со стороны ребенка при полной супинации. Эти отношения характерны гл. обр. для первых месяцев жизни и постепенно, по мере роста, приближаются к нормальным.

По Gierlich'у природу пронационного феномена можно уяснить из данных филогенеза. Исходя из положений Jackson'a и работ Förster'a, Gierlich'a и др., можно двигательные феномены у гемиплегика с предилекционным типом об'яснить тем, что подкорковые механизмы освобождаются от влияния Py. Таким образом проявляются преформированные двигательные автоматизмы нисших животных. В частности в верхних конечностях подобным филогенетически старым механизмом является пронационная поза кисти. Как нам удалось показать при исследовании младенцев, речь идет и об онтогенетически старой позе. Отсюда появление первых движений у свежего гемиплегика в пронационной мускулатуре (для верхних конечностей). По исследованиям Klaatsch'a, Gegenbauer'a и др. вращательное движение кисти играет большую роль уже в ранних стадиях филогенетического развития передних конечностей и именно пронация, которая в конечном счете бывает связана с флексией и абдукцией, является первоначальным важным движением кисти.

Надо думать, что прототипом передних конечностей являются грудные плавники рыб, приспособленные для гребных движений и что человеческая кисть в механизме ее вращения лишь отдаленно позволяет распознать эти гребные движения. Для нисших животных (живущих в воде) указанные движения служат в целях проталкивания водяных масс назад и продвигания тела вперед. Эти двигательные формы сохраняются также у рептилий—черепах, крокодилов и т. д., конечности которых прикрепляются к туловищу в своеобразных головчатых сочленениях. Эти животные простирают верхние конечности от себя с боков в горизонтальном направлении и продвигаются вперед с помощью гребных движений лапы. Лишь у млекопитающихся, с поднятием туловища от земли, вследствие образования приспособленных шарнирных сочленений, утрачивается этот способ пресмыкающегося передвижения. Любопытно то обстоятельство, что эти вращательные движения кисти (лапы) у животных являются неполными. При достаточном исследовании их можно отметить, что пронационные движения

[1]) Проф. Сердюкову заведующему роддомом им. Грауэрмана (Москва) и д-ру Альшванг (Минск) приношу глубокую благодарность за разрешение воспользоваться соответствующим материалом.

по силе значительно превалируют над супинационными, при чем последние не простираются далее срединной установки (Gierlich). При попытках же к более полной пассивной супинации можно натолкнуться на сильное сопротивление (из-за болезненности) со стороны животного. Т. обр. у этих животных как и у новорожденных в качестве нормального признака отмечается пронационный феномен. В такой форме вращательное движение кисти тесно связано с субкортинальными двигательными центрами при еще полном отсутствии или слабом развитии пирамидных путей. Вторая половина супинационного движения кисти, заключающаяся в поворачивании ее от срединного положения к горизонтальному, для нисших животных не имеет большого значения и достигает полного развития лишь у обезьян и человека. Она принадлежит т. обр. к позднейшей стадии развития и связана с образованием Neopallium'a resp. пирамидных путей.

Однако эта связь настолько непрочна, что она нарушается даже при незначительных поражениях Ру и тогда на сцену снова выступают старые пронационные тенденции верхних конечностей.

Наши наблюдения можно резюмировать следующим образом:

1. При поражениях пирамидного пути в большинстве случаев удается получить пронационный феномен кисти по Gierlich'у наряду с повышенными пронаторными рефлексами (с m. m. pronator teres et quadratus).

2. Невозможность полной супинации, при особой установке верхних конечностей, обычно не замечается больным и ее приходится отыскивать специальными приемами.

3. Пронационный феномен Gierlich'a нередко получается в случаях начальных, маловыраженных, а также резидуальных поражений Ру и т. обр. он может служить довольно тонким клиническим признаком поражений Ру для верхних конечностей. Иногда он выражен в минимальной степени. В таких случаях может помочь пассивная супинация, обнаруживающая ригидное сопротивление.

4. Обычно пронационному феномену сопутствуют другие признаки поражения пирамид, но иногда он может быть совершенно изолированным.

5. Пронационный феномен кисти нередко встречается при паркинсоноподобных состояниях особенно с некоторой заинтересованностью Ру путей. В случаях выраженного чистого парконсонизма толчкообразные движения в сторону супинации и недостаток произвольно двигательной инициативы (до полной супинации) могут симулировать пронационный феномен (ложный феномен Gierlich'a). Однако настойчивыми словесными воздействиями и „понуканием" обычно удается довести супинацию до конца. Пронаторные рефлексы в подобных случаях параллельны сухожильно-надкостничным рефлексам.

6. Пронационный феномен встречается в качестве нормального явления у новорожденных и в первые месяцы жизни.

7. Пронаторный рефлекс с сухож. m. pronator teres (не феномен) у здоровых получается в 95% случаев. Он усиливается при общем повышении сухожильно-надкостничных рефлексов (неврозы) и специально при поражении Ру.

В последних случаях изредка удается получить пронаторный клонус. При вялых параличах с соответствующей локализацией пронаторный рефлекс угасает. Он может особенно служить в качестве диагностически подсобного приема в случаях асимметричных поражений.

Из детской клиники БГУ
(Директор-профессор В. А. Леонов)

Клинические наблюдения о течении и диагностике туберкулеза у детей

Ассистент К. Ф. Попов

Вынося на страницы печати итоги нашей двухлетней работы в туберкулезной палате Детской Клиники БГУ, мы ставим своею целью несколько задач: 1) широко проанализировать весь прошедший через клинику туберкулезный материал и тем самым подвести итоги научных достижений в данной области за последнее время и практическое применение их у постели больного, 2) проверить практически целый ряд лабораторных исследований туберкулезного больного, 3) вывести все диагностические ошибки и технические недочеты, в результате которых явились они, 4) широко оповестить врачебные массы работающих в данной области о проделанной работе и, наконец, 5) представить те выводы, которые вытекают из проделанной большой работы по детскому туберкулезу на большом клиническом материале.

За два года работы туберкулезного отделения нашей клиники прошло 189 больных, располагавшихся по полу следующим образом: Мальчиков 87 или 46%, девочек 102 или 54%.

По возрасту:

	0—1 г.	1—3 г.	3—7 л.	7—12 л.	от 12 и выше
Мальчиков	12	24	11	20	20
Девочек	5	22	9	23	43

По национальному составу: белоруссов—152, евреев—31, прочих национальностей—6.

По социальному положению: детей крестьян—83, рабочих—76, служащих—27, военных—3.

Из всех прошедших клинику: умерло 28 (14,5%), поправилось 75 (39,5%), выписалось в том же состоянии 86 (46%).

Смертность распределялась по возрастам:

	От 0—1 г.	от 1—3 л.	выше 3-х л.
Умерло	7	12	9

Анализируя смертность от туберкулеза детей в различных возрастах, приходится отметить следующее:

Возраст от 0—1 года: если к числу умерших прибавить цифру выписавшихся в тяжелом и безнадежном состоянии (9 ч.), то смертность грудных детей от туберкулеза выразится в 94%.

Эти данные вполне совпадают с указаниями и других авторов: так (con) Хон приводит цифру смертности детей от 1—12 мес.—94%.

Пирке приводит цифру смертности в 90%; Кентциер—95%; Репке—75%; по Марфану смертность до 6 месяцев составляет 3/4 случаев, а до 3 мес.—почти абсолютная смертность. Приведенные нами 17 случаев туберкулеза грудных детей целиком падают на легочные формы туберкулеза: pneumonia caseosa—16 случаев и лишь один случай adenopatia. По нашим данным смертность абсолютна до 6 месяцев и менее—после 6 месяцев, приближаясь к 100%.

Возраст от 1—3 лет: здесь так же как и в грудном возрасте приходится об'единить цифры смертности и выписавшихся в худом состоянии, и выписавшихся в том же состоянии, что составит цифру 34 на 46 случаев туберкулеза в возрасте от 1—3 лет, следовательно смертность составит 73,9%, а поправившихся—26,1%.

Эти цифры точно также совпадают с данными Хона, который нашел, что смертность от 1 до 3-х лет выражается в 70%, а поправившихся и с признаками выздоровления 30%. Это же подтверждают и Освальд, Лянгер и др. Среди указанной группы детей преобладают уже изолированные формы, при чем смертность и прогрессирование процесса больше выражены от 1—2 лет и меньше от 2—3.

Что же касается смертности других возрастов, то здесь приходится отметить резкое ее падение до 8%. Эта цифра совпадает с данными Освальда, который указал предел от 2,7%—10,8%.

Таким образом, говоря о смертности детей от туберкулеза в различные возрасты, приходится отметить, что в первые месяцы до 3—6 мес. у детей, хотя и дающих меньший % положительных туберкулиновых реакций (10%),—% смертности доходит до 94%, следовательно, положительная туберкулиновая проба у них указывает на активное, прогрессирующее течение туберкулезного процесса, что подтверждается и нашим клиническим материалом, и что эта положительная реакция дает абсолютно плохой прогноз; в дальнейшем возрасте % положительных туберкулиновых реакций увеличивается, а % смертности уменьшается, начинают преобладать неактивные, лятентные формы туберкулеза. Следовательно, между туберкулиновыми реакциями с смертностью по возрастам устанавливают обратные пропорциональные отношения: чем меньше % положительных туберкулиновых реакций в данном возрасте, тем больше % смертности и наоборот.

Касаясь вопроса о наследственности туберкулеза по нашему материалу—отметим следующее:

в 32 случаях была больна мать активным туберкулезом,
в 25 случаях был болен отец активным туберкулезом,
в 12 „ „ „ другие дети—активным туберкулезом,
в 120 „ указаний на заболеваемость туберк. в семье нет.

Не касаясь совершенно в данной работе вопроса о наследственной передаче туберкулеза, мы отметим лишь влияние заболевания туберкулезом родителей на заражение детей. Из наших данных видно, что как отец, так и мать больные туберкулезом в одинаковой степени могут передать инфекцию своим детям; более низкая цифра передачи через отца отнюдь не умаляет этого положения, в силу понятных причин (меньшего контакта и пр.), хотя и здесь мы должны оговориться, что раз в доме есть какой-либо туберкулезный больной, будут ли это родители или чужие—этого уже достаточно для передачи заражения. Существующее мнение, что мать легче и чаще передает инфекцию, нам кажется несостоятельным, ибо для инфецирования достаточно 1—2 недельного пребывания и даже меньше, в

контакте с больным, чтобы передать заражение. 120 больных, не происходя из туберкулезных семей—все же заболело туберкулезом и туберкулез у них протекал более бурно и злокачественно, чем у первых. Это положение вполне согласуется с опытом и литературными данными и не требует пояснения, ибо в семье туберкулезных родителей вместе с инфекцией передается и иммунитет.

Из предшествующих заболеваний отмечаем в 45 случаях корь, в 18 коклюш, в 46 легочные заболевания, в 12 прочие заболевания, в 58 болезни не указаны.

Приходится отметить, что корь и коклюш, не как таковые обусловливают предрасположение к туберкулезу, хотя литературные данные, как будто и говорят за это. Нам думается, что эти заболевания, протекающие при постоянной травматизации дыхательных путей особенно коклюш,—безусловно вызывают условия более легкого заражения и более тяжелого течения туберкулеза. Существует ли какая-нибудь связь между вирусом кори, коклюша с одной стороны и туберкулеза—с другой, связь биологическая, высказаться трудно, а признавать ее только лишь на основании отрицательной туберкулиновой реакции после или во время течения этих двух заболеваний (если до того она была положительная), нам кажется тоже неосновательным, так как и другие заболевания, протекающие с повышением температуры, тоже дают повторно отрицательные туберкулиновые реакции.

Вопросу конституции и аномалиям ея в течение туберкулеза теперь отводится большое место и нам кажется, что ни одна классификация туберкулеза, будет это клиническая или патолого-анатомическая, не будет полной и исчерпывающей, если не будет внесен в нее конституциональный момент, который только один предопределяет все последующее течение туберкулеза и степени компенсации.

Распределив наш материал по конституции, мы имеем: (классификация Сиго типа респираторного 118, типа мускульного 1, типа дигестивного 3, типа неопределенного 67.

По аномалиям конституции: астенической 101, лимфатико-гипопластической 16, эксудативный диатез 5, неопределенной 67.

По внешнему виду: эретический 130, пастозный 21, неопределенный 38.

Не случайно в большинстве наших случаев туберкулез сочетается с респираторным типом конституции и астенической аномалией и эретическим видом. Маслов в своих многочисленных изысканиях по вопросу о конституции постоянно указывает на этот момент. Помимо того, что этот тип является далеко не полноценным в отношении развития дыхательных органов он и биологически мало сопротивляется всякой инфекции и особенно туберкулезной. Уже окончательно доказано понижение липолитического индекса у астеников, этого необходимого фермента в борьбе за растворение капсулы палочки Коха и скудное наростание лимфоцитов и эозинофилов для этой борьбы. Наши практические наблюдения полностью совпадают с этим. Среди астеников мы имеем, главным образом, тяжелые деструктивные формы туберкулеза и каждый из нас знает, как тяжело и длительно происходит у них развитие индуративных процессов. Уже определение астении с самого начала болезни позволяет нам предугадать и течение ее. Астеники быстро выбывают из строя в борьбе с туберкулезной палочкой, падая жертвами ея. Ничего подобного нельзя сказать о другой аномалии конституции—лимфатико-гипопластической, где все направлено к тому, чтобы не дать туберкулезной палочке проявить свою разрушающую работу. Гиперплязированные, измененные в своей структуре железы

всего тела удерживают бактерии in loco, а если и нарушается этот барьер мощностью инфекции, то в дальнейшем высокий липолитический индекс, большое количество лимфоцитов не позволяют инфекции произвести свои разрушения.

Припоминаем случай, когда в клинику поступила девочка по поводу какого-то заболевания, не имеющего ничего общего с туберкулезом и только лишь при осмотре было обнаружено это заболевание с каверной, без температуры, с прибывающим весом. Интересно то, что никаких жалоб на туберкулез со стороны и девочки и ея родителей не было и это открытие, как гром с ясного неба, поразило их: не было ни температуры, ни кашля...

Дабы не быть голословным, приведем три истории болезни, две с туберкулезом у лимфатика и одну у астеника; аналогичные друг другу по клиническому разрушению легких и разные по конституции.

Ольга В. 13 лет поступила в Детскую Клинику с жалобами на боли под правой ключицей, незначительное повышение температуры, головные боли и поты по ночам. Заболевание началось 1 год тому назад общим недомоганием и познабливанием, вскоре присоединились вышеуказанные симптомы; в анамнезе туберкулез отрицается. Из предшествующих заболеваний перенесла брюшной тиф и ежегодно болела ангинами. Status praesens: девочка хорошего телосложения и питания. Аномалия конституции: лимфатико-гипопластическая, Habitus эретический. Перкуторно: укорочение перкуторного тона справа спереди до 5 ребра, сзади до нижнего угла лопатки. Под ключицей справа с тимпаническим оттенком. Дыхание спереди бронхиальное, под ключицей амфорическое, обильные влажные мелко и средне пузырчатые звучные хрипы особенно после кашля, как спереди, так и сзади. Сзади дыхание жесткое с бронхиальным оттенком. Слева—незначительное укорочение перкуторного тона спереди до II ребра, сзади до $^2/_3$ лопатки, дыхание жесткое. Сзади в области нижней доли у позвоночника мелкие влажные хрипы. Температура нормальная. Прощупываются все железы, мягкой консистенции, не спаянные с окружающими тканями. Моча—N. Диазо-реакция отрицательная. Урохромогенная реакция отрицательная.

Реакция осаждения (по Панченко) в 1 час 42 мм. Кровь: Hb = 70%, эритроцитов 4.950.000. Лейкоцитов—19.800. Индекс—0,7. Лейкоциторная формула: нейтрофилов—81%; лимфоцитов—13%; переходных—6%. Реакция Пирке: на 100% папула 2,5 мм, на 30%—2 мм.; 10%—1 мм. Реакция Матэфи—положительная ускоренная: хлопчатый осадок выпал через 20 минут. Через 1 месяц 12 дней—реакция урохромогенная положительная. Анализ мокроты: палочки Коха: $\frac{8-12}{0}$ и эластические волокна. Рентген: справа: затемнение до V ребра сверху. Между II и IV ребром интенсивная тень, выходящая из Helus'ов. Под ключицей Каверна. Слева: железы и перибронхиатические тяжи в нижнюю долю. Диагноз: Tbc pulm. d. exudaıva cavernxsa. Peribronchitissin T = III B.

В течение первых дней температура давала изредка повышения до 37,1°. Самочувствие все время хорошее. Вес резко прибывает. Через 2 месяца выписалась из клиники с пометкой в дневнике: „выписалась при хорошем самочувствии, аппетит хороший, сон хороший, температура N. В весе прибавилась. Это было в декабре 1925 года и с тех пор девочка прекрасно себя чувствует, учится в одной из школ г. Минска и ничем за это время не хворала.

Александра Н. 14 лет Диагноз; Tbc. pulm sin. lobi infer. exudativ. subcomp T = III B. Заболела 4 месяца тому назад, после простуды. Наследственность—мать умерла от туб. Жалобы: кашель с мокротой. Status praesens.: лимфатико-гипопластическая аномалия консистенции, инфантильна. Перкуторно: укорочение перкуторного тона по всей левой половине грудной клетки, интенсивнее в нижней доле. В области притупления—крепитация и мелкие влажные звучные хрипы, справа—широкий Helus и жесткое дыхание на верхушке. Анализ мочи—N. Кровь: Hb = 70%; эритротитов—6.930.000, лейкоцитов—16.000. Индекс—0,6. Лейкоциторная формула: нейтрофилов—61%; лимфоцитов—31%; эозинофилов—1%, моноцитов 7%. Реакция Пирке: +++; Реакция осаждения в 1 час 37 мм Урохромогенная реакция положительная. Диазо-реакция положительная. Мокрота: $\frac{1-2}{0}$ палочки Коха. Температура вначале по вечерам до 39,2 утром нормальная. Вес 2 п. 4 ф. Через $4^1/_2$ мес. Вес—2 п. 30 фун. Пирке: +++. Кровь—Hb = 75%. Эритроцитов—6.290.000. Лейкоцитов—9.000. Температура—нормальная. Палочек Коха нет. Хрипов значительно меньше. Самочувствие хорошее. Спустя 7 мес. выписалась с пометкой в дневнике: прибыль веса—32 фунта. Температура—нормальная, аппетит, сон—хороший. Самочувствие хорошее. Хрипов в легком совершенно нет. Девочка с 1926 года уехала в

деревню, где исполняла тяжелую полевую работу. Изредка посещает клинику, общее состояние, как при выписке, вес стойкий.

Зина Т. 9 лет, поступила в клинику с жалобами на ознобы, температуру и поты. Заболела $1^{1}/_{2}$ года тому назад, после того как упала в реку осенью. До этого времени была совершенно здорова. Вскоре после падения начала кашлять, потеряла аппетит, очень сильно начала худеть. Anamnesis: отец и мать здоровы, девочка первая в семье, двое детей умерло в раннем детстве от „конвульсии". Туберкулез отрицается. Никаких предшествующих заболеваний не было. Status praesens: тип конституции—респираторный, астеническая аномалия конституции, Habitus - эретический. Подкожно-жировой слой выражен слабо, кожа бледная, окраска конечностей цианотическая, видимые слизистые-бледные. Увеличены регионарно железы на шее, надключичные и подмышковые. Форма грудной клетки: длинная, плоская, эпигастрический угол острый, межреберные промежутки широкие, scapulae alatae. Перкуссия: справа укорочение перкуторного тона до II ребра, сзади до $^{1}/_{2}$ лопатки. Слева укорочение до III ребра, сзади до нижнего угла лопатки. Аускультация: справа дыхание жесткое, над sp. scapulae—бронхиальное, на остальном протяжении легкого дыхание с бронхиальным оттенком. Слева: дыхание жесткое, в области Hilus'а с бронхиальным оттенком. После кашля с обоих сторон незначительное количество мелких влажных хрипов. Cor—N. Пульс 120'. Корани: 4 позвонка, Д'Эспине +; Смить +; Геубнер +. Вес—1 п. 18 фунтов. Моча—N. Диазо-реакция—отрицательная. Урохромогенная первично-отрицательная, вторично положительная. Кровь: Hb = 80%. Эритроцитов—4.620.000. Лейкоцитов—15.100. Лейкоциторная формула: нейтрофилов 70%; лимфоцитов—28%; моноцитов—1%; эозинофилов—1%. Реакция Пирке:—слабо положительная. Реакция осаждения в 1 час 50 мм. Рентген: мелкие очаги затемнения на всем протяжении обоих легких. Температура до 39° по вечерам. 4/XI наложен правосторонний пневматоракс с начальным показанием монометра $= \frac{6}{4}$. Введено 100,0 воздуха. Давление в монометре $= \frac{3}{0}$. Рентген вторично: правосторонний пневматоракс, легкое отслоено на всем протяжении. Справа под ключицей каверна? Слева—отдельные инфильтраты в верхнем и среднем поле. Подвижность ограничена. Диагноз: Tbc pulm utr. productiva-erudativa II = III B. Температура немного снизилась, состояние как и при поступлении тяжелое. Больная все время лежит в постели. Вес прежний.

Таким образом из описанного выше мы видим, что астеник, с относительно продуктивным процессом, крайне тяжело справляется с нанесенной ему вредностью, реагируя всеми способами защитных приспособлений своего организма и все же быстро выходит из строя, в то время как лимфатик продолжает нести тяжелую работу, имея каверны с эксудативным процессом, не реагируя даже температурой и весом. Ни одной смерти лимфатика от туберкулеза на нашем материале мы не видели, главный % смертности падает на астеников. После всего сказанного каждому становится понятным и ясным то великое значение конституции при туберкулезе.

Переходим теперь к разбору лабораторно-диагностических данных как вспомогательных методов диагностики, прогноза и лечения. Здесь прежде всего нам хотелось-бы остановиться на весьма простых всем хорошо известных реакциях в моче—диазо-реакции Эрлиха и урохромогенной Вейса, которые мы старались проделывать у всех больных, как при поступлении в клинику, так и при дальнейшем наблюдении больного.

Диазо-реакция Эрлиха выпадала положительной в тяжелых случаях деструктивного туберкулеза, а в случаях продуктивных и смешанных, не далеко зашедших, она была отрицательной. Таких отрицательных реакций на нашем материале было 74.

Параллельно производилась урохромогенная реакция Вейса, которая являлась у нас более чувствительной, давая более ранние указания на деструктивные и прогрессирующиеся формы туберкулеза. Здесь число положительных реакций быстро возрастает, при чем параллелизм обнаружился у нас в 31 случаях, расхождение в остальных. Расхождение наблюдалось только в одну сторону, то есть диазо-реакция была отрицательной при ясно положительной урохромогенной и только

в одном случае получилось обратное, каковое обстоятельство нами не было принято во внимание, т. к. здесь, возможно, скорее всего была допущена техническая ошибка при производстве ея. Но интереснее всего отметить то обстоятельство, что наблюдается почти полное совпадение урохромогенной реакции с тяжестью заболевания и, если туберкулезный процесс был тяжелый, то и реакция выпадала скорее и рельефнее, наоборот, при улучшении процесса она становилась менее интенсивной и это служило нам еще задолго до клинического улучшения ободряющим признаком. Все это делается вполне понятным, если припомнить сущность этих реакций, в основе которых лежат химические тела, происходящие из продуктов распада белка организма. Положительный характер этих реакций и интенсивность их служит явным показателем увеличенного белкового распада, недостаточной окислительной способности протоплазмы клеток и неправильного клеточного обмена, каковые все вместе возникают при повышенной токсичности, которая опять таки наблюдается при усиленном распаде собственных белков под влиянием туберкулезной палочки. Конечно, эти реакции не являются специфическими для туберкулеза, так как они наблюдаются и при других деструктивных процессах в разных органах, но во всяком случае и при туберкулезе являются ценными вспомогательными методами для прогноза, при чем диазо-реакция отступает на второй план, уступая первое место более чувствительной урохромогенной реакции.

Из туберкулиновых реакций нами применялись Пирке, Манту и Гамбургер (реже). Первичных Пирке нами было получено: положительных—93 и отрицательных—30. Манту: положительных—20.

Одновременно с этим мы производили у некоторых больных предложенную Матефи его реакцию, которая по литературным данным служит более верным показателем активности туберкулезного процесса. Мы позволим себе процитировать несколько строк из статьи С. Оречкина о ней, помещенной во Врачебном Деле № 6 за 1925 год.

„Реакция эта основана на изменении отношения между альбумином и глобулином в кровяной сыворотке в пользу последнего при заболеваниях, сопровождающихся более или менее сильным распадением тканей, что обусловливает усиленную наклонность глобулина к хлопчатому выпадению".

Проверка этой реакции Беекманом дала следующие результаты: хлопчатый осадок появляющийся в течение ½ часа, указывает на экссудативный процесс; появление осадка в течение первых 20 минут—говорит о безнадежности заболевания; осадок через 40 минут—указывает на образование каверн при продуктивном туберкулезе. Реакция после 1½ часа—появляется при наличии продуктивного и продуктивно-цирротического процесса туберкулеза. Рассмотрим теперь наши немногочисленные формы туберкулеза с проделанной реакцией

	Продуктивный туб.	II B —	отрицательная.
2.	Эксудат. продукт	III B —	осадок через 40 минут.
	Продуктивный туб.	III C —	„ „ 45 минут.
	Эксудат. продукт	III C —	„ „ 1 час.
	Эксудат. продукт	III B —	„ „ 1 час.

Конечно, на основании такого маленького количества реакций не приходится делать какие-либо выводы, однако, нужно отметить, что чем тяжелее и больше был распад легочной ткани, тем скорее выпадала положительная реакция Матефи, что и согласуется с приведенной литературой. Реакция Матефи не совсем применима у детей, в

виду того, что для нее приходится брать кровь из вены, что чрезвычайно трудно у маленьких детей, а у более взрослых при повторных пункциях (особенно еще когда проводится внутривенное лечение Са) вены быстро тромбозируются и не дают крови.

Гораздо большего внимания заслуживает реакция осаждения эритроцитов, особенно с введением в клинику аппарата для осаждения д-ра Панченко. Почти у всех больных, поступивших последний год в клинику, проверялась эта реакция, как до лечения, так и много раз в течение всего лечения. Первичных реакций было сделано 85 при разнообразных туберкулезных процессах. Разбирая наш материал, можно отметить некоторые общие схемы выпадения ея при различных патолого-анатомических процессах в легких, так:

формы эксудативные давали осаждение в 1 час от 25—105 мм., при чем, чем дальше зашел деструктивный процесс в легком, тем интенсивнее выпадала реакция осаждения и наоборот

формы продуктивные давали осаждение от 8—15 мм.

„ смешанные „ „ от 15—25—33 мм., в зависимости от преобладания того или иного процесса.

В процессе лечения, было ли это туберкулиновое лечение или лечение Са, или наложение пневматоракса—реакция осаждения строго следовала за улучшением или ухудшением процесса, почему в нашей клинике мы придали ей большое значение.

Теперь сопоставим эту реакцию с целым рядом других, указанных нами выше и попробуем провести параллель между ними. Приведем несколько примеров:

	осаждение	Пирке	D—реакция	Урохр.	Кровь:
III С эксудатив. .	105	сл. пол.	+	+	Нейтроф.
II В прод-эксудат.	20	+++	отр.	отр.	N=57. Л=38
III С эксудатив. .	65	отр.	отр.	пол.	N=80%
I В продуктив .	15	++++	отр.	отр.	лимфацитоз
			и т. д.		

Рассматривая эту таблицу, приходится признать, что все эти реакции и большей или меньшей степени позволяют судить нам о дальнейшем течении туберкулезного процесса у данного больного и частое совпадение их позволяет доверчиво отнестись к их результатам. Само собой понятно, что однократное производство этих реакций не позволяет достаточно оценить их и лишь изменение их при дальнейшем наблюдении, полное выяснение сущности и значение их—позволяют достаточно полно и верно судить о течении заболевания. Исчезновение реакций незадолго перед смертью уже неоднократно описывалось на страницах отечественной и иностранной литературы и оценивается всеми фтизиаторами, так же, как и отрицательная анергия при туберкулиновых реакциях, признак абсолютно плохой и, наоборот, появление их, хотя бы и в незначительной степени, вселяет бодрость и надежду в настроение лечащего врача.

Несколько слов об изменениях крови. Помимо общего уменьшения Hb, красных кровяных телец и наростания лейкоцитов, о чем упоминалось многими, мы остановимся лишь на изменении лейкоцитарной картины крови. Нейтрофилы, являясь носителями фагоцитарной функции и благодаря содержанию протеолитических окислительных ферментов—принимают большое участие во всех биохимических процессах организма. Следовательно, должно ожидать, что в процессах, связанных с большими разрушениями тканевых белков и при больших степенях интоксикации—они всегда будут преобладать выше нормы,

что мы и отмечаем при процессах эксудативных или продуктивных, наклонных к обострению и в присоединяющихся к ним эксудативных изменениях. Наоборот, при процессах хронических, не связанных с большими разрушениями, чисто продуктивных—всегда отмечается нарастание лимфоцитов. В далеко зашедших формах лимфоциты настолько уменьшаются, что иной раз приходится говорить о лимфопении. Это и понятно, если припомним, что увеличение лимфоцитов указывает на высоту защитной реакции организма. Эозинофилия, как показатель тоже защитных реакций организма, имеет также большое значение в течении туберкулезного процесса и очень часто повышение эозинофилов идет параллельно с увеличением лимфоцитов. Еще более ценен эозинофиловый показатель при обострении того или иного процесса и появление эозинофилии в таком случае придает хорошее прогностическое значение. Эта зависимость лимфоцитоза при туберкулезе от тяжести процесса указывает на то, что между инфекцией и лимфотической тканью (так как лимфоциты образуются в железах) имеется громадная связь и потому, очевидно, лимфатико-гипопластическая аномалия конституции и дает такие благоприятные формы течения туберкулеза, как это мы видим на каждом шагу, ибо у них как раз лимфоцитоз резко повышен. И, быть может, очередной задачей педиатрии и станет—создание лимфатического типа детей, для успешной борьбы с туберкулезом и следовательно с понижением смертности от него На основании литературных данных можно указать, что в последние годы действительно как бы происходит перестройка конституциональных типов у детей и теперь уже можно приблизительно выявить преобладание только двух аномалий конституции над другими: это лимфатической и астенической, двух совершенно противоположных в смысле устойчивости к туберкулезу типов, и в зависимости от того, какой из этих типов будет преобладать—будет либо уменьшение, либо увеличение смертности от туберкулеза. Эта задача является также очередной задачей и нашей клиники.

Переходим к нашим данным относительно белой крови по Шиллингу. Так сдвиг влево при высоком нейтрофилозе давал очень тяжелый исход; нейтрофилоз без сдвига—давал относительно доброкачественное течение; лимфоцитоз и еще более эозинофилия, без сдвига—хорошее течение (индуративные формы); резкий сдвиг—плохой прогноз (pneumonia caseosa у детей). Переведя все это на язык фтизиатоpов, надо прибавить, что эксудативные формы у детей давали—нейтрофилию и сдвиг влево, эксудат-продуктивные формы у детей давали—нейтрофилию с небольшим сдвигом или без него, продуктивные и индуративные формы давали—лимфоцитоз без сдвига и эозинофилию и так далее—целый ряд комбинаций в картине белой крови, всегда довольно точно указывал нам и динамику туберкулезного процесса.

Заканчивая разбор клинического материала, нам хотелось бы остановиться и на тех методах лечения, каковые применялись в нашей клинике.

На специфическом лечении туберкулином мы останавливаться совершенно не будем. Нами предложены соответствующие схемы[1]). Остановимся лишь на внутривенном лечении Са и наложении пневматоракса.

Несколько слов о лечении детей кальцием. Нам думается, что время увеличения внутривенным лечением Са проходит. Наши наблю-

[1]) „К вопросу о специфическом лечении туберкулеза под контролем кожных реакций Пирке" (сдано в печать).

дения показывают, что преимущества перед обычным назначением Са оно не имеет. Особенно это касается детей с больной психикой, у которых всякие травматические вмешательства вызывают бурную защитную реакцию. Между введением Са внутривенно и назначением больших доз его внутрь существенной разницы мы не видали. Помимо этого, чрезвычайно быстро у детей тромбозируются вены и всякие попытки дальнейшего лечения являются тщетными. В нашей клинике он совершенно оставлен. Гораздо охотнее мы прибегаем, при соответствующих показаниях, к наложению пневматоракса у детей, как одностороннего, так и двухстороннего, от которого всегда видели хорошие результаты. Таких пневматораксов в течение 2-х лет, как первичных, так и повторных нами было наложено 143. По возрасту они располагались следующим образом: 3 лет=1; 5 лет=1; 9-10 лет=2; 12-13лет=3; 14-16 лет=3. Такое небольшое количество первичных пневматораксов у нас об'ясняется прежде всего тем, что в отделении только 12 коек и большой текучести больных нет, из которых можно было бы выловить случаи для пневматоракса, а кроме того и тем, что у детей чрезвычайно редко бывают односторонние процессы, особенно у детей моложе 5 лет и наконец еще то, что в клинику попадают обычно уже с большими запущенными процессами. Показанием для наложения пневматоракса у нас служили, в первую очередь, односторонние кавернозные эксудативные процессы с явлениями декомпенсации или субкомпенсации и во вторую такие же процессы с небольшими изменениями в другом легком. Нами была принята принципиально та точка зрения, что если больной сам справляется со своим процессом или, если можно применить другие методы лечения, мы старались не прибегать к столь энергичному вмешательству, как наложение пневматоракса. Дети чрезвычайно охотно соглашаются на эту операцию, особенно еще охотнее после предшествующей беседы с больными уже с наложенным пневматораксом. Приходится удивляться терпению их и их постоянному напоминанию о времени наложения. Причина такому желанию детей, несмотря на некоторые физические боли, чисто психологическая. Ребенок, склонный от природы к бурному протесту против всяких, даже врачебных вмешательств, обычно сам просит наложить ему пневматоракс. Надо видеть огорченные личики, когда приходится им в этом отказать, для некоторых из них отказ равносилен смертному приговору.

Результаты пневматоракса сказывались быстро, после 2-3 вдуваний—до того гектическая температура падает до N, уменьшаются палочки Коха, прибывает вес и пр.

Приведем один из случаев наложения пневматоракса.

Александра Т., 12 лет, поступила в клинику 5 июля 1926 года, по поводу Tbc pulm. sin cavernosa exudativa III decampensata. Рентген: Затемнение всего левого легкого. Каверна над ключицей. Незначительная тень, исходящая из правого Hilus'a к верхней доле. Вес при поступлении—1 пуд 26 фун. Тип конституции респираторный, астенический, Habitus эретический. Перкуссия: справа спереди укорочение перкуторного тона над ключицей, жесткое дыхание, слева — спереди укорочение перкуторного тона сливается с сердечной тупостью, сзади по всему протяжению легкого. Под ключицей амфорическое дыхание всюду, как спереди, так и сзади большое количество звучных влажных хрипов. Температура вечером 39,6. Больная коечная, поты, общая слабость и пр. Моча—N. Диазо-реакция отрицательная. Урохромогенная положительная. Кровь: Hb=80%. Эритроцитов—6.300.000. Лейкоцитов—11.600. Индекс—0,6. Лейкоциторная формула: нейтрофилов—70%, лимфацитов—25%, эозинофилов—3%, моноцитов—2%. Реакция осаждения—1 час 39 мм. Пирке—слабо положительная на 100% и 30%. Мокрота: $\frac{10-15}{0}$ палочки Коха.

16 июля наложен левосторонний превматоракс. Давление вначале $\frac{-7}{-2}$ в конце: $\frac{-6}{-2}$, введено 160,0 воздуха.

19 июля. Температура нормальная: 36,4—36,9, состояние много лучше. Пневматоракс: начало $\frac{-7}{-3}$, конец $\frac{-5}{-2}$, введено 200,0 воздуха.

22 июля. Введено 250,0 воздуха. Начало $\frac{-7}{-2}$, конец $\frac{-2}{+1}$

26 июля. Введено 250,0 воздуха. Начало $\frac{-5}{-0}$, конец $\frac{-1}{+2}$

27 июля. Рентген: левосторонний пневматоракс. Hilus—справа.

3 августа. Введено 250.0; начало $\frac{-4}{-0}$, конец $\frac{-1}{+1}$, аппетит, сон хороший. Вес 1 пуд 28 фун.

Перкуторно: слева—тимпанит до середины лопатки, над верхней долей укорочение перкуторного тона, снизу дыхание ослаблено, хрипов нет. Температура—N.

Затем пневматоракс 5 августа=200,0; 9 августа=150.0 и т. д. 17 сентября=150,0; 22 сентября=250,0; 25 сентября=200,0; 29 сентября=150. Давление в конце $\frac{-0}{+3}$. Вес=1 пуд 34 фун. Температура нормальная.

Продолжается накладывание пневматоракса.

17 августа 1927 г. Рентген: левосторонний пневматоракс, сращение в области верхушки.

Введено 150,0. Давление в конце $\frac{+0.5}{+2.5}$.

30 августа. Рентген: левосторонний Hydro-pneumatorax. Легкое полностью поджато. Спайки на уровне 3—6 ребра. Жидкость в области sinus'a. Cor—смешено вправо. Вес 2 п. 1 ф. Состояние хорошее. Температура N. Реакция осаждения: 1 ч.=18 мм. Реакция Pirquet на 100%; 30%; 10% и 3% положительные.

5 ноября. Рентген: слева жидкость с IV ребра. Самочувствие хорошее. Диазо-реакция—отрицательная. Урохромогенная—слабо положительная. Вес 2 п. 7 фун. (прибыль 21 фунт). Палочек Коха—нет.

Итого за все время девочке сделано 52 вдувания. Последнее давление в плевре $\frac{+6,5}{+5}$. В виду осложнения Hydratorax'ом, который совершенно не беспокоит больную, пневматоракс прекращен, время от времени только проверяется давление. Палочек Коха совершенно нет. Девочка чувствует себя совершенно здоровой, температура все время нормальная.

Менее удачно проходили двухсторонние пневматораксы, которые мы применяли у безнадежных больных с терапевтическою целью, но и после них отмечалось сразу падение температуры до N, но не надолго: воздух быстро всасывался, процесс еще больше обострялся. Все другие пневматораксы протекали, как описанный и в одном случае, при наличии туб. узлов в другом легком, процесс быстро купировался и больная, до сего безнадежная чувствует себя совершенно здоровой. Здесь также был III С эксудативной—кавернозный и узлы в другом легком.

При наложении пневматоракса 3-х летнему ребенку, мы сразу столкнулись с резкой оборонительной реакцией: криком, плачем и принуждены были, после первого вдувания, прекратить подыскивая способы наркоза для таких детей. К сожалению, он скоро выписался из клиники.

Из осложнений нами было отмечено: один раз образование подкожной эмфиземы и один раз—спонтанного пневматоракса, развившегося спустя 1/2 часа после вдувания 200,0 воздуха. Случай этот кончился благополучно и теперь мы еще продолжаем накладывать пневматоракс, мальчик чувствует себя совершенно здоровым, учится и амбулаторно раз в неделю приходит для вдувания. Из других осложнений приходится отметить еще образование плевритов, каковое было у нас в 3 случаях. Убедительного об'яснения этому—мы также не нашли в текущей литературе.

Из первой хирургической клиники Белорусского Государственного Университета

(Директор-профессор С. М. Рубашев)

К вопросу о кардиоспазме

Р. И. Лапидус

Кардиоспазм, наблюдавшийся раньше редко, в настоящее время начал встречаться все чаще и чаще. До 1900 г. Jenker'ом и Ziemssen'ом были опубликованы собранные ими в литературе 18 случаев и уже в том-же году Neumann говорит о 70 случаях; в 1922 году эта цифра почти упятерилась. Более частое появление в настоящее время кардиоспазма, видно, стоит в связи с лучшим знакомством с этим заболеванием с одной стороны и переживаниями военного времени—с другой.

Жалобы больных при этом сводятся, главным образом, на затруднение глотания, а иногда и почти полную невозможность принимать какую-бы то ни было пищу, и на боли соответственно нижней части грудной кости. Эти боли у некоторых отдают в спину или проецируются на грудную клетку по ходу пищевода. Иногда мы при этом заболевании имеем и спастические явления со стороны других органов (со стороны кишечника, pylorus и т. п.). К кардиоспазму часто присоединяется и астма bronchialis. Больные для проталкивания пищи в желудок прибегают к разным приемам: они проглатывают воздух или сразу принимают большие количества пищи, пьют воду, стучат себе в спину и т. д. Обилие неопределенных симптомов при кардиоспазме и недостаточное исследование больных ведет иногда к диагностическим ошибкам, которые имеют большое значение, как в смысле терапии, так и в прогнозе. Первые жалобы больного: задержка пищи в пищеводе и боли. Если при этом в анамнезе больного нет никаких химических, термических или механических повреждений, которые могли-бы вызвать с'ужение пищевода, мысль врача сразу направляется на довольно частое заболевание пищевода, а именно: Cancer. Рентген при нетщательном исследовании может подтвердить заранее предполагаемый диагноз, что и было в двух наших случаях, которые я приведу ниже.

По мере накопления случаев кардиоспазма разными авторами выдвигались все новые и новые теории для об'яснения этого явления. Вначале причину искали в самом пищеводе, в клапане, запирающем кардию (Gottstein, Hacker), Kraus—в функциональном расстройстве, n. vagus и т. д. В последнее время больше значения стали придавать вегетативной нервной системе. Одни авторы видят причину в повышенной функции парасимпатической нервной системы (Кауфман), другие в недостаточности симпатической (Wilms).

После этого краткого обзора перейдем к историям болезни наших больных.

Случай I. Больная Ф. П., 62 лет, занятие—домашнее хозяйство, обратилась в марте месяце 1924 года в амбулаторию хирургической факультетской клиники с жалобами на боли при глотании в области нижней части грудины и на задержку пищи. Считает себя больной с августа месяца 1923 года, когда у нее впервые стала появляться после еды изжога и боли при глотании внизу sternum. Через несколько месяцев эти явления усилились; боли приняли резкий характер; пища проходила с трудом. При волнении эти явления у нее выступали резче. Отмечает astma bronchialis. Рентгеновское исследование показало с'ужение cardiae, и расширение сердца. Отец больной умер от рака желудка. Сама никаких заболеваний, которые могли-бы вызвать эти явления, не отмечает. Диагноз: рак пищевода (подтвержден и в терапевтической клинике). От зондирования больная отказалась ввиду болезни сердца. По полученным мною сведениям, больная вернулась домой, где некоторое время принимала T. Belladennac и соблюдала диэту. Все эти явления постепенно прошли и в настоящее время она хорошо поправилась, прибыла в весе и о своей болезни даже забыла (февраль 1925 года).

Итак, вследствие недостаточного исследования, был поставлен диагноз рака, там, где, повидимому, был кардиоспазм.

Случай II. Р. Л., 50 л. Служащий по лесной части. 8 лет тому назад у него появились после еды изжога, отрыжка и боли в подложечной области, которые отдавали между лопатками и в поясничную част позвоночника. Запоры. Боли под ложечкой появлялись через $^1/_2$—1 ч. после еды, рвоты не было. В мае месяце прошлого года у него вдруг появилась два раза рвота с кровью. В январе этого года рвоты с кровью опять повторились и продолжались в течение 3-х недель. Кровь была также в стуле. По поводу этих явлений он был оперирован. После операции все явления прошли, за исключением болей между лопаток. Через два месяца после операции у больного стала задерживаться пища, и на уровне нижней части sternum появилась легкая болезненность, отдававшая между лопаток. Сначала у больного проходила только жидкая пища, а потом и жидкая стала проходить с трудом. Больной, чтобы протолкнуть пищу, глотал воздух, ходил по комнате, и, таким образом, пища опускалась в желудок. Несколько раз больной срыгивал неизмененной пищей. Временами отмечается затрудненность дыхания. Больной обратился к местным врачам, которые высказались за cancer, рентгеновское исследование обнаружило с'ужение пищевода с неравными краями над cardia. Больной был направлен в Москву для лечения рака пищевода рентгеновскими лучами, где многократное исследование больного рентгеном и без него не подтвердили первоначального диагноза. У больного отмечается: контуры пищевода не везде параллельны, небольшие, скоро проходящие втягивания пищевода. Пища над cardia задерживается на несколько секунд, но только во время первого глотка, впоследствии пища свободно проходит в желудок. Желудок имеет форму сифона, нижний полюс на $1^1/_2$ пальца ниже пупка; контуры ровные, перестальтика живая, болевых точек нет, подвижность немного ограничена. Ясно виден переход пищи в тонкие кишки через соустье, но только маленькими порциями. Через $2^1/_2$ часа в желудке небольшой остаток.

Исследование крови: Эр. 4750000, лейк. 9200, Hb 75%.

Нейтр. 41%; лимфоцитов 52%; эозинофилов 2%, баз. 1%.

Желудочный сок после завтрака: своб. Hcl 24, связ. Hcl 5, общ. кисл. 40. После лечения атропином больной хорошо поправился, пища стала проходить свободно. Боли почти прошли. Ввиду закры-

тия клиники больной вернулся в Минск, где в течение двух месяцев чувствовал себя хорошо, а потом явления опять возобновились и больной обратился в хирургическую амбулаторию.

Больной ср. роста, прав. телосложения, подкожный жировой слой слабо развит, в легких, на верхушках выдох. Сердце—норма Р 63в1'. Симптом Aschner'a-Dagnini (при надавливании на глазное яблоко—замедление пульса) положительный (пульс с 63 стал 57). Симптом Hering'a (при глубоком вдохе учащение пульса, при выдохе—замедление) неясно выражен. Симптом Erben'a (при переходе из согнутого положения в прямое—учащение пульса) положительный. Лицо красное, зрачки узкие; обильное слюнотечение.

Больному был назначен атропин под кожу и T. Belladonnae. В первые два дня резкое ухудшение, в дальнейшем значительное улучшение. Пища проходит свободно, остались только боли. После улучшения всех явлений больной отправился в деревню, где пробыл несколько месяцев, не принимая никаких лекарств. Там у него вновь появились явления непрохождения пищи, к которым впоследствии присоединились явления ulcus uentricul (боль под ложечкой через $^1/_2$ часа после еды, отдающая в спину, изжога и т. д.). По поводу этих явлений больной поступил в клинику, где он подвергся дополнительным исследованиям.

Общая кислотность желудочного сока натощак—80, св.—40; после пробного завтрака общ. кисл.—108, своб.—46. Реакция на кровь резко положительная. Рентгеновское исследование: пища задерживается у cardia, но через некоторое время проваливается в желудок. Анастомоз не проходим, болезненная точка у cardia. Вторичное исследование показало то-же, но анастомоз по временам раскрывался и пропускал пищу. Надавливание на глазное яблоко дало замедление пульса на 16 ударов, атропин-учащение—на 18 ударов. Кровь: красных кровяных шариков 4.800.000; белых 9.800, нейтрофилов 55%, лимфоцитов 36%, моноцитов 4%, эозинофилов 5%.

Больному был назначен хлористый кальций внутрь, который дал не меньший эффект, чем атропин. Больной выписался из клиники со значительным улучшением.

Полученные нами данные дают возможность думать, что в нашем случае мы имеем дело с ваготонией. Об этом говорят нам симптомы Aschner-Dagnini, Erben'a, наблюдающиеся у больного брадикардия, с'ужение зрачков, покраснение лица и слюнотечение, лимфоцитоз. Eppinger и Hesse дают следующую схему для ваготоников: сужение зрачков, брадикардия, слюно-и слезотечение, покраснение лица, потливость, красная дермография, наклонность к астме, hyperaciditas, судороги желудка, кишек, pylorus'a, лимфоцитоз, эозинофилия, повышенная устойчивость к углеводам. Отсутствие некоторых из этих признаков у нашего больного не говорит против, т. к. здесь возможно поражение не всех веточек n uagus. Действие атропина также подтверждает наше предположение.

У нашего больного в анемнезе язва желудка. Возможно, что и язва у него образовалась на почве ваготонии. Наклонностью к спастическому состоянию мускулатуры желудка возможно об'ясняет и то, что в одних случаях аностомоз непроходим, а в других он становится проходимым.

Вегетативная нервная система имеет тесную анатомическую связь с железами внутренней секреции. Это положение пока доказано для симпатической нервной системы:—она находится под влиянием гормо-

нов желез внутренней секреции. Симпатическая—под влиянием питуитарной и надпочечников; парасимпатическая—под влиянием pancreas и parathyreoidea.

Известно, что нарушение функции эпителиальных телец ведет к уменьшению отложения извести в организме. Кроме того, доказано, что понижение Ca в крови ведет к увеличению тонуса парасимпатической нервной системы и наоборот—раздражение n nagus ведет к понижению Ca в крови.

Эти данные наводят на следующую мысль: нарушение функции эпителиальных телец ведет к понижению Ca в крови. Уменьшение Ca в свою очередь ведет к ваготонии. Следствием ваготонии является язва желудка и кардиоспазм. Язва желудка в свою очередь рефлекторно поддерживает ваготонию и, следовательно, уменьшает Ca и, таким образом, у нас получается своего рода Circulus vitiosus. Но для появления кардиоспазма недостаточно одного предпрасположения со стороны вегетативной нервной системы, а нужен еще фактор местного характера в виде какого-нибудь процесса около cardia. В нашем случае таковым раздражителем, повидимому, была язва вблизи cardia, на что указывает болезненная точка, наблюдавшаяся при исследовании.

Выводы:

I. Каждый б-ной с жалобами на задержку пищи в пищеводе должен быть тщательно исследован на ваготонию.

II. Рентгенологическое исследование должно производиться многократно и в присутствии парасимпатикотропных веществ.

III. Для проявления кардиоспазма, кроме ваготонии, необходим еще местный раздражитель.

IV. В терапии кардиоспазма такие-же ценные услуги, как атропин оказывает и хлористый кальций.

Из 1-ой терапевтической клиники БГУ

(Директор проф. С. М. Мелких)

Особенности течения малярии в Минске

Б. А. Пратусевич

Война, наплыв беженцев—носителей гамет, далее возвращение демобилизованных солдат из малярийных местностей и болевших малярией доставили большой материал для заражения комаров, а температура окружающей среды способствовала успешному развитию паразитов малярии и в результате многие авторы стали указывать на наблюдаемое массовое распространение малярии к северу вплоть до Архангельска. Уже с 1923 года стали отмечать частое появление малярии также в пределах Белоруссии. Летом 1924 года врачи Раховский, Сутин, Столяров занялись предварительным обследованием малярии в Мозырском уезде, для чего проф. Эльбертом были организованы 3 отряда. С небольшой лабораторией эти отряды об‘ездили ряд селений, где производили исследование населения и брали мазки крови. За время работы летом им удалось зарегистрировать 1947 малярийных больных с приступами ежедневно, через день и даже по два раза в день. У некоторых из зарегистрированных был обнаружен pl. vivax; lien оказалась увеличенной у 50% из обследованных. Отмечалось значительное распространение комаров anopheles maculipennis, чему благоприятствовали климатические и социальные условия населения.

Д-р Щербаков (Рус. Ж. Троп. Мед. № 8—1926 г.), ведший биологические наблюдения в 1924 году над комарами anopheles claviger в Минске, обнаружил наличие 3-х-генераций анофелеса. Вылет впервые из зимовок анофелеса им был обнаружен 10—12 мая, лёт первого молодого поколения был отмечен 17-го июля; 2-го—6—9 августа; 3-ей генерации 15—18 сентября; исчезновение комаров в воздухе в конце октября. Местами выплодки анофелеса он считает канавы вдоль полотна железной дороги в районе узловой больницы и заводи реки Свислочь. В течение лета 1924 года кроме гор. Минска им был обнаружен анофелес также на ближайших к Минску станциях Негорелое, Витгенштейнская, Борисов. Однако, гор. Минск, имея много малярийных комаров—богатый горючий материал для вспышки малярии, все же никогда не считался малярийной местностью, ибо условия не благоприятствовали, не было искры—плазмодий. Постепенно такие условия стали создаваться. Появилось много паразитоносителей-маляриков, приехавших из малярийных местностей, возвращающихся из курортов и т. д. и в результате мы имеем по данным НКЗ.

Зарегистрированными в	1924 г. по БССР	8218 маляр. больных		
„ „	1925 г. „ „	14450 „ „	из них в Минске	523
„ „	1926 г. „ „	5237 „ „	„ „ „	240

За пять лет существования 1-ой терапевтической клиники через нее прошло 104 малярийных больных, причем сюда входили лишь наиболее тяжелые случаи, трудно поддающиеся лечению хинином, ибо легкие случаи в клинику не обращались и лечились амбулаторно. Наблюдался также единичный случай смерти от разрыва селезенки, как последствие малярии. Следует отметить, что почти все больные были с хронической застарелой малярией, приобретенной в малярийных местностях вне Белоруссии. Последнее время нам пришлось наблюдать подряд несколько случаев первичного проявления малярии среди местных жителей, что и заставило нас сосредоточить свое внимание на этом вопросе.

Приведу несколько кратких историй болезни:

Случай 1. Больной М. 47 лет. Заболевание началось в первых числах мая 1923 г. Появились сильные головные боли, стала постепенно подниматься t°, дошедшая на 3-ий день болезни до 40°. Со стороны внутренних органов никаких уклонений от нормы не обнаружено. Предположена возможность желудочно-кишечной интоксикации. Назначен каломель. Температура снизилась до нормы, но затем через день стала снова постепенно подниматься и к 12 ч. ночи дошла до 40°. Взята кровь на высоте приступа—плазмодий малярии не обнаружено. В дальнейшем течении болезни температура приняла неправильный тип с под'емами различной высоты. Головные боли усилились, появились симптомы менингита. Упорные головные боли заставили больного настаивать на кровопускании, которое однако ему не было сделано. К вечеру на 5-ый день болезни появилось сильное носовое кровотечение и головные боли немного уменьшились. Hepar и lien все время в пределах нормы. Снова взята кровь на высоте под'ема t°—причем плазмодий не обнаружено. Тогда ex jurantibus назначен хинин $1\frac{1}{2}$ грамма pro die и уже на следующий день сказался эффект его действия. T° пала и через день дала наивысший под'ем до 38°. В течение двух последующих дней t° еще давала незначительные под'емы, а затем установилась стойкая нормальная t° в связи с последующей хинизацией.

Больной указывает, что никогда малярией не болел, но вспоминает, что за год до заболевания летом жил в течение недели в малярийной местности.

В данном случае отсутствие изменений со стороны внутренних органов и наличие симптомов менингита, исчезающих под действием хинина—раскрыло нам истинное страдание—атипичная малярия. Аналогичные явления наблюдались и описаны многими авторами как-то: Филатов, Кушев, Штрюмпель и др. Для об'яснения причины развития мозговых явлений при малярии существует несколько теорий. Механическая теория об'ясняет мозговые явления, как результат закупорки капилляров пораженными эритроцитами и расстройством питания клеток мозга. По токсической теории мозговые явления обусловливаются отравлением токсинами мозговых клеток. Dürck'ом описаны при этих явлениях особые изменения, называемые им гранулемами, исходящими из периваскулярного глиоза; причем он считает, что малярийный узелок, как туберкул и сифилома,—есть реактивный защитительный акт к ограничению ядовитого действия в ткани.

Случай 2. Больной С. 16 лет. Заболел в начале декабря 1922 года в течение 3-х недель t° все время continua в пределах 38-39°. Жалуется на головные боли. Со стороны внутренних органов никаких уклонений от нормы нет. Herar, lien не увеличены. Течение болезни напоминает thyphus abdominalis. В конце 3-ей недели произведено исследование крови. R. Widal'я отрицательная. На 4-ой неделе t° начинает снижаться, однако до нормы не доходит, давая колебания 36,7—37,3. При внимательном исследовании внутренних органов со стороны Cor и Pulmonis никаких отклонений от нормы. В конце 4-ой недели снова под'ем t° до 39°, начинает прощупываться селезенка. Исследование крови: найдены единичные плазмодии. Больному назначен хинин, 1,2 pro die (0,3 x4). Сразу получился резкий эффект: стойко державшаяся последние две недели субфебрильная температура упала до нормы, прошла продолжительная головная боль. Больной выздоровел. При тщательном опросе больной утверждает, что никогда малярией не болел, но лето этого же года провел в местности, где были заболевания малярией.

Итак заболевание, протекавшее подобно брюшному тифу и вводившее в заблуждение врачей вследствие своей t° continua, сменившейся затем субфебрильной на 4-ой неделе и давшей под'ем на 5-ой неделе, изнурившее больного своей длительностью и приковавшее его к постели, оказалось атипичной малярией. При чем селезенка была впервые обнаружена и найдены плазмодии лишь в конце 4-ой недели болезни.

Если же предположить, что заболевание, перенесенное им в течение 3-4-х недель до обнаружения lienis и плазмодий в крови было все-таки брюшным тифом с отрицательной реакцией Widal'я, то можно полагать, что последний, ослабляя силы и сопротивляемость организма, подобно другим инфекциям играл здесь роль предрасполагающей причины для проявления скрытой инфекции, которую Латышев сравнивает с взрывчатым веществом, таящим способность к взрыву от внешнего воздействия. Однако, следует отметить, что совместное течение брюшного тифа и малярии явление очень редкое. Zaveran описал 9 таких случаев, Lichmann же наблюдал всего лишь два случая, где ко времени окончания брюшного тифа замечались легкие под'емы температуры, зависящие от трехдневной малярии диагносцированной бактериологическим путем. В нашем случае R. Widal'я все же была отрицательна и потому мы утверждать здесь одновременное наличие брюшного тифа с малярией не можем.

Случай 3. Б-ной Б. 48 лет. Заболел остро в июне 1926 года. Появилась сильная головная боль и t° continua, которая, постепенно повышаясь, стала давать под'емы до 40°. Такое состояние длилось 4 дня. Б-ной указывал, что, хотя жил несколько лет тому назад в малярийной местности (Саратове), малярией никогда не болел, отмечает лишь, что аналогичное заболевание наблюдалось у него и раньше (2 раза) продолжительностью в 1-2 недели и признавалась врачами за инфлюэнцу. На высоте лихорадки б-ному произведено исследование крови—плазмодий не обнаружено. Hepar, lien не увеличены. Состояние б-ного не улучшается. Назначен хинин. Температура сразу снизилась и через 2 дня пришла к норме. Самочувствие б-ного значительно улучшилось. Он перестал принимать хинин и снова появился под'ем температуры. Пришлось приступить к дальнейшей хинизации до полного стойкого выздоровления.

В этом случае отсутствие катарральных явлений, свойственных наиболее частой форме инфлюэнцы, повторность заболевания, несмотря на отсутствие плазмодий, позволили заподозрить малярию и назначить хинин, а последующее наблюдение над б-ным и эффект хинизации дали нам возможность удостовериться в том, что это заболевание было не инфлюэнца, а опять таки атипичная малярия и, хотя больной нам указывает, что он малярией не болел, однако, мы полагаем, что дважды повторявшееся у него аналогичное заболевание, проявлявшееся в конце весны и начале лета, было тоже не „инфлюэнца", а проявление своевременно нераспознанной атипичной малярии. Все же мы достоверно не знаем, где он был инфецирован в Саратове или в Минске.

Случай 4. Б-ная 40 лет. Дом. хоз. Заболевание началось остро в конце апреля 1924 года. Появилась t° continua 38,5°—39,5°, одновременно сильные боли в правом предреберьи, желтуха. Острые боли б-ной успокаивались только ин'екциями морфия, но t° держалась. Такое состояние длилось 7 дней. Предполагалась возможность cholelythiasis'a i colica hepatica. Однако тогда же было обращено внимание на увеличение селезенки. Исследование крови на присутствие плазмодий малярии дало отрицательный результат. Несмотря на получение отрицательного результата, был назначен хинин exs juvantibus. Состояние б-ной стало улучшаться. Уже через 2 дня установилась нормальная температура, прекратились острые боли в правом предреберьи, исчезла скоро и желтуха. Наступило полное выздоровление. Б-ная жила безвыездно в Минске, малярией никогда не болела и подобных приступов болезни не переносила.

Итак, здесь первичное проявление атипичной малярии дало картину cholelythiasis'a с colica hepatica, причем боли, временно успокаи-

вающиеся под влиянием ин'екций морфия, удалось окончательно устранить у б-ной при помощи хинина. Здесь навело на мысль о малярии наличие увеличенной селезенки, а эффект хинизации это подтвердил.

Случай 5 аналогичен случаю 4-му. Б-ная Г. 35 лет, местная жительница, жила зде ь безвыездно; причем атипичная малярия подтвержденная бактериологически, у нее впервые проявилась под влиянием тяжелых приступов печеночной колики. Случай этот наблюдался нами в кл-ке и описан д-ром Гинзбург.

Случай 6. Б-ная девочка 1½ лет, дочь проф. БГУ. Заболевание началось остро в начале мая 1927 года с под'ема t° до 39°. Со стороны внутренних органов никаких уклонений от нормы нет. Из-за отсутствия катарральных изменений дыхательных путей и изменений со стороны внутренних органов предположена возможность пищевой интоксикации, назначен посему каломель. Температура пала до нормы и держалась в течение всего следующего дня нормальною. Самочувствие ребенка вполне удовлетворительное, весела, играет, выходит гулять. На 3-й день снова зноб, под'ем t° до 40°. Тогда exs juvantibus назначен eichinin 0,15×3. Уже на 4-й день t° дала меньший под'ем, а затем пришла к норме. Lien все время — N. До сего времени у ребенка никаких заболеваний не было. Лето 1926 года она жила на Кавказе около Батума. Здесь снова мы видим эффект хинина в заболевании, дающем высокие под'емы t° с резким падением, почему мы не можем также и в этом случае отрицать наличия атипичной малярии. Больная, очевидно, была инфецирована на Кавказе, а в Минске дала первый приступ после инкубации, длившейся не менее 9 месяцев.

Случай 7. Б-ная Р. 35 лет, заболела в начале мая 1927 года. Заболевание началось остро с под'ема t° до 38,2° и головных болей. Со стороны внутренних органов нигде изменений нет. Температура продолжала давать резкие под'емы. Исследование крови: плазмодий не обнаружено, количество лейкоцитов в пределах нормы, лейкоцитарная формула дала резкий сдвиг влево. На 3-й день болезни обнаружено перкуторно незначительное увеличение lienis. Снова произведено исследование крови, причем при тщательном просмотре двух мазков, в одном обнаружено одно кольцо — шизонт малярии. Назначен хинин и, уже начиная со следующего дня, сказался резкий эффект терапии.

Б-ная никогда малярией не болела. При тщательном опросе однако удалось установить, что лето прошлого года б-ная в течение 3-х дней жила в местности, где ее предупреждали о необходимости на ночь закрывать окна во избежание возможности нападения комаров. Повидимому, эта местность была малярийная.

Случай 8 (истор. бол. вел. д-р Ш. И. Лившиц). Б-ной В. 32 лет, никогда малярией не болел и никогда не жил в малярийной местности. Заболевание началось 1-го мая 1927 года сразу высоким под'емом t° до 38,9°.

²/₅ утром t° 37,4, веч. 38,9
³/₅ „ „ 37,2 „ 39,2

В дальнейшем температура вполне сходна с вышеуказанной Cor, pulmonum и все остальные органы в норме, lien не увеличена ни перкуторно ни при прощупывании. Пред нами одно лишь явление—размахи t°. Такое состояние длилось 9 дней, на десятый день стал прощупываться мягкий край lienis и тогда при t° 37,3° взята кровь. При тщательном просмотре мазков найдено по одному плазмодию в каждом мазке. Назначен хинин 0,3×4, который сразу же дал эффект. T° пала на следующий день и больше не повышалась. Больной продолжает хинизироваться.

Среди всех описанных случаев были такие, где, казалось-бы, диагноз можно было легко поставить, если бы своевременно возникла мысль о возможности первичной малярии в Минске, но были и такие атипичные случаи, где и своевременно возникнувшая мысль не находила сразу подтверждения, ибо, то отсутствовала lien (случ. 1, 3, 6), то не удавалось находить плазмодий в крови (случ. 1, 3), то тип лихорадки вводил иногда в заблуждение (случ. 2), то сопутствующие явления со стороны hepar, meningea и желудочно-кишечного тракта затемняли картину страдания. Однако, во всех случаях мы имели периодические под'емы t°—лихорадку.

Все описанные случаи заставляют нас вспомнить мнение авторитетных лиц по указанному вопросу.

Проф. Nocht говорит, что „лихорадка, которая не уступает основательной хинотерапии—не малярия, но зависит от других причин. Проф. Филатов указывает, что для того, чтобы с уверенностью поставить диагноз в свежих случаях маскированной малярии, достаточно иметь два условия: 1) периодичность в наступлении припадков; 2) возможность купированья их посредством хинина. Проф. Филатов считает, что на хинин, назначенный в достаточной мере в свежих случаях, можно смотреть, как на реактив, служащий для выяснения диагноза. Проф. Штрюмпель указывает, что в сомнительных случаях рядом с тщательным обсуждением всех симптомов и точным об'ективным исследованием имеет диагностическое значение терапевтическое действие хинина и, если большие дозы хинина не дают эффекта, то диагноз малярии нужно считать сомнительным. На этот путь стали мы в наших случаях, назначив хинин, который дал надлежащий эффект и подтвердил наш диагноз.

Рассматривая далее все эти случаи, мы видим, что все они, за исключением одного, где мы полагаем нераспознанную ранее малярию (случ. № 3), отличаются тем, что являются первичным проявлением малярии на территории гор. Минска.

Заинтересовавшись вопросом, где и когда они были инфецированы, мы путем длительного и тщательного опроса выяснили, что у 5-ти больных, кои указывали, что лето предыдущего года жили вне Минска, на курортах или в каких-либо малярийных местностях, можно было еще предположить, что они были там инфецированы летом; у 3-х же остальных больных (случ. 4, 5, 8), всю свою жизнь безвыездно проведших в Минске, мы не могли найти других источников заражения, кроме как в самом Минске.

Далее мы видим, что у 7-ми больных малярия проявилась в конце апреля и первых числах мая, а у одного даже в декабре, т. е. тогда, когда свежее заражение еще невозможно, присутствие же зимующих в квартире комаров во всех этих случаях исключается. Если учесть ряд условий, а именно:

1) первый вылет Anopheles'а в Минске лишь 10-12 мая, по наблюдениям д-ра Шербакова;

2) мнение многих авторов, признающих, что паразиты малярии в организме зараженной самки во время зимовки погибают и потому комары, только что покинувшие свои зимние квартиры, совершенно безопасны в смысле распространения малярии и приобретают эту способность лишь после заражения от больных с гаметами в крови;

3) что время развития гаметы плазмодия в теле комара-2-3 недели при предельной t^0 не ниже 15^0, ибо более низкая t^0 задерживает развитие попавших в желудок комара паразитов и тем задерживает развитие малярии, прибавив обычно принятое время инкубации при малярии в 2 недели, мы следовательно, первичное заболевание могли бы обнаружить лишь через 4-5 недель после появления самок из зимовок, то-есть не раньше середины июня. Наши же больные заболели гораздо раньше, в апреле и начале мая, когда t^0 еще не благоприятствовала развитию плазмодий; поэтому мы полагаем, что они были инфецированы значительно раньше, т. е. в течение лета предыдущего года и имели длительный инкубационный период. Проф. Кушев на основании своих многолетних работ над ранними весенними проявлениями малярии, когда климатические условия и анамнез исключали всякую возможность старой малярии, пришел к выводу, что во всех подобных случаях, мы имеем пред собой

маляриков с длительным инкубационным периодом в 5-8 месяцев, причем таковую возможность удалось доказать экспериментально.

Kirschbaum, Mühlens, Иоффе установили возможность инкубационного периода при малярии в 6, 8 и даже 12 месяцев. Проф. Лурия в точно прослеженных случаях среди ряда лиц из медперсонала видел инкубацию при малярии в 8-9 месяцев и предлагает выделить эти случаи в особую группу инкубационных форм малярии. (Вестн. Совр. Мед. № 3 1925 г.). Проф. Кисель, сопоставляя малярию с tbc, где медленно развивающийся процесс остается долго не заметным из-за запаса защитительных сил и обнаруживается позже, сразу, как будто среди полного здоровья, полагает, что длительная инкубация при малярии есть ни что иное, как длительный межприступный период, причем проявлению приступов мешает значительная сопротивляемость организма.

Лейзерман и Рубашкин (Укр. протоз. ин-т), занимаясь прививкой малярии при прогрессивном параличе, указывают, что у них попадались даже такие случаи, где после прививки больные, находясь под наблюдением в течение нескольких месяцев, малярией все же не заболевали. Что же касается заболевших, то у некоторых из них малярия протекала атипично, давая целый ряд особенностей. Горовиц-Власова указывает, что, работая в Оренбурге, нередко отмечала нахождение гамет у лиц здоровых или больных любым заболеванием, и наряду атипичные случаи малярии, где, несмотря на полную уверенность в диагнозе, при повторных исследованиях плазмодий находить не удавалось, а потому подчеркивает, что даже нахождение плазмодий в крови у больных в малярийной местности не есть достаточно веское подспорье для диаганоза. Она стала искать диагностического подспорья в имуннобиологических реакциях и убедилась, что таковые могут оказаться полезными лишь в связи с клиническими данными, ибо изменения изоаглюнационных свойств могут быть непостоянны и исчезать при приступах.

Что же касается изменений резистентности эритроцитов при малярии, то вопреки указаниям Брауде и Гальперина, считающих, что резистентность эритроцитов в типических случаях повышена, у нас она как в некоторых из описанных случаев (№ 5) так и в других типичных случаях была понижена при повторных исследованиях.

Поразитоносительство, как указывает проф. Кушев, может продолжаться долго и или вовсе не влиять на человека или в некоторых случаях вызывать небольшое повышение t°, недомогание или незначительное увеличение lienis. Но вместе с тем паразитоносительство играет значительную роль при заражении и распространении малярии. Böhme и др. указывают, что в безлихорадочный период апирексии у малярика была взята кровь и не обнаружены плазмодии, кровь была привита больному с прогрессивным параличем и дала заражение. Отсюда ясно, что невозможность обнаружения плазмодий в крови при длительном скрытом периоде и отсутствии всяких клинических явлений не исключает возможности наличия в данной крови жизнеспособных плазмодий. Исходя из данных указаний и наличия у нас маляриков, нам приходится согласиться с фактом паразитоносительства в Минске, не улавливаемого возможно лишь вследствие его немногочисленности и все же являющегося очагом распространения малярии. Об этом необходимо помнить каждому врачу при подходе лихорадящему больному.

Что касается иммунитета при малярии, то, по мнению проф. Кушева, нет приобретенного стойкого иммунитета, а по Bordet предпо-

лагаемый иммунитет взрослых туземцев против малярии есть состояние равновесия, установившееся между организмом и патогенным возбудителем. Проф. Здродовский и Жуковский указывают, что малярия обладает всеми признаками лябильных инфекций, являясь протозойной с хроническим упорным течением, склонным к переходу в лятентное состояние при наличии в организме ничтожного количества вполне вирулентного возбудителя. Причем малярия, являясь рецидивирующей при понижении сопротивляемости организма, неспособна в нем оставлять стерилизующий иммунитет". В эндемических очагах наблюдается лишь частичный иммунитет, отличающий туземцев от пришлого населения. Проф. Жуковский считает относительное благополучие туземцев в малярийных местностях последствием паллюдизации. Среди случаев, описанных нами трое—минчане, остальные живут в Минске от 4—6 лет. Можем ли мы утверждать, что у нас нет таковой паллюдизации, если вокруг паразитоносительство так развито (Мозырщина и т. д.). Проф. Соболев указывает, что у маленьких детей наряду с формой малярии, ведущей к смерти, наблюдается особая ранняя форма скрытой малярии и притом среди детей туземного населения малярийных местностей (скрытая хроническая инфекция), где происходит заражение скудным числом малярийных паразитов. Клиническим выявлением инфекции в таких случаях, по описаниям Mulherin'а, служит резкое малокровие, понижение аппетита, веса, нередко желудочно-кишечные явления и только исследование крови и назначение хинина выясняет основную причину страдания.

Нами описан случайно попавший под наблюдение один случай малярии у ребенка 1½ лет. Возможно, что у нас в Минске тот излюбленный диагноз у детей—желудочно-кишечная интоксикация, дающий значительную смертность или ведущий к их истощению, является в некоторых случаях ничем иным, как проявлением малярийной интоксикации, что возможно было-бы выяснить если-бы обратить на эту сторону должное внимание. Д-р Хозроев пишет: „Единственно что вызывает у детей спленомегалии и картину тождественную с описываемой Banti—это хроническая инфекция малярии". А так как у нас вышеописанные спленомегалии в терап. кл-ке наблюдались, то, ссылаясь на указания д-ра Хозроева и 10-ти летние наблюдения проф. Жуковского над малярией, мы не можем исключить во всех наблюдавшихся в кл-ке случаях спленомегалии наличие скрытой хронической инфекции. Каковы же особенности наших случаев и что в них общего?

1. Все они за исключением случ. 3 (сомнительного) являются первичным проявлением малярии.

2. У всех за исключением случ. 2 заболевание началось ранней весной.

3. Во всех описанных случаях можно было с трудом находить единичные плазмодии в крови или вовсе не находить таковых.

4. Быстрое наростание температуры, принимающей сразу или после некоторого периода continua неправильный тип с высокими под'емами до 41° и резким падением.

5. Длительный инкубационный или, по выражению проф. Киселя, „межприступный период".

6. Несомненное местное инфецирование у некоторых из них.

7. Разительный эффект хинотерапии у всех.

Все наши случаи представляли большое затруднение в постановке диагноза, ибо ни селезенка, появляющаяся иногда очень поздно на 5-ой неделе (случ. № 2), а иногда и совсем отсутствующая, ни плазмодии, кои находились в очень скудном количестве и с трудом

отыскивались или совершенно не обнаруживались, ни t°, которая принимала различное течение вплоть до continua, не давали нам этой возможности.

Зная два условия необходимых для распространения малярии— больной малярией человек и наличие комара anopheles и учитывая, что в последнее время многими авторитетами (проф. Schvellengrebel и James) поколеблена хинная профилактика, что нефтевание не всегда достигает цели из-за экономических причин, мы должны итти по пути наименьшего сопротивления и постараться уничтожить паразитоносительство путем своевременной диагностики и лечения. В этом отношении заслуживает внимания опыт проф. Koch'a, которому удалось уничтожить малярию на острове Brioni на Адриатическом море путем устранения паразитоносительства. Правда, и у нас в этом отношении были сделаны некоторые успехи. Все демобилизованные красноармейцы, возвращавшиеся из малярийных местностей, были взяты на учет и снабжены хинином; в главном малярийном очаге Белоруссии— Мозырщине было проведено обследование и приняты соответствующие меры по отношению к снабжению населения хинином и в результате мы имеем по сравнению с прошлым годом значительное падение малярии по БССР.

В 1925 г. по данным НКЗ в Белоруссии 14450 из них в Минске 523
„ 1926 г. „ „ „ 5237 „ „ 240

Считая своевременную диагностику и радикальное лечение самым верным средством для устранения и прекращения дальнейшего развития малярии в Минске, необходимо: 1) помнить о возможности первичной малярии в Минске и появления ранних весенних заболеваний с длительным инкубационным периодом, 2) при постановке диагноза основываться на клинических симптомах, а не исключительно на исследовании крови, 3) в сомнительных случаях следовать совету проф. Nocht'a, Штрюмпеля и Филатова, учитывать периодичность отмечаемых симптомов и использовать предлагаемый ими реактив для постановки диагноза—хинин.

Посвящается глубокоуважаемому профессору М. Л. Выдрину по поводу 30 летнего юбилея.

Sectio Caesarea parva

Доцент Е. В. Корчиц

Ознакомившись в 1925 г. с предложенной в 1913 г. Sellheim'ом операцией удаления плодного яйца в первые месяцы беременности, так называемым „малым кесарским сечением", я охотно стал применять ее. Эта операция показалась мне заманчивой ввиду того, что может быть отнесена к хирургической в полном смысле слова, являясь, к тому же, гораздо безопаснее обычного искусственного аборта, так как оперирование при ней идет ad oculos, а не в темную—под руководством одного лишь тактильного чувства, проектируемого на скребущую часть кюретки. Возможность же одновременно производить стерилизацию женщины еще больше повышает ее ценность.

И если ввиду абортивной вакханалии, наблюдаемой у нас, производство искусственного аборта предпочтительнее перед „малым кесарским сечением" из-за большей простоты его, то последнее все же выгоднее применять при просроченных для обычного аборта беременностях, г. о., вследствие относительной безопасности его в этом стадии беременности, как в смысле инфекции, так и перфорации матки, а равно и по другим мотивам, как чисто медицинским, так и „деликатным".

Пожалуй, все врачи, занимающиеся производством абортов, переживали то „милое" ощущение, когда кюретка, манипулирующая в полости матки, вдруг почему то погружалась словно в сливочное масло. Замирание „души" хирурга при этом таково, что переживать его лучше пореже. Подобного рода переживания чаще всего (я разумею, конечно, опытного врача) наблюдаются при поздних стадиях беременности, ввиду чего и следует здесь пользоваться операцией, называемой Принцевым сечением.

Пользование же в это время в качестве пособия, предрасполагающего к наступлению аборта, разрывом пузыря или метрейринтером, на мой взгляд, мало хирургическая манипуляция, с привкусом, к тому же, голого эмпиризма, не говоря уже о продолжительности освобождения матки от остатков яйца и проистекающей отсюда опасности восходящего заражения.

Простота производства „малого кесарского сечения" при известном оперативном навыке вообще, ее необыкновенное изящество и красота выделения плодного яйца в неповрежденном большею частью прозрачном пузыре, сквозь выпуклую оболочку которого, как под лупой, виднеется плод,—все это качества операции, из-за которых нельзя даже сравнивать ее с омерзительным выскабливанием из матки лохмотьев при абразии.

„Малое кесарское сечение“ я обычно применял, когда акушеры, отказываясь от перерыва беременности обычным искусственным абортом, направляли больных ко мне в больницу.

По поводу туберкулеза легких я прооперировал 3 случая с беременностью в 1½, 3½ и 4 месяца в возрасте 25, 26 и 29 лет. Им произведена одновременно стерилизация.

В одном случае операция сделана вследствие декомпенсированного порока сердца с беременностью в 5 месяцев в возрасте в 34 г.

В пяти случаях операция произведена по поводу аппендицита с беременностью—у двух в 1½ мес., у одной в 2½ мес. и у двух в 3 м. в возрасте в 21, 21, 26, 28 и 38 л.

По поводу Eventratio abdominis с беременностью в 4 мес. в возрасте 38 л. У женщины в 27 л. с беременностью в 3½ мес. по поводу бывших раз тяжелых родов со щипцами.

В двух случаях Retroversio-flexio uteri с беременностью в 1½ и 3½ мес. в возрасте в 24 и 29 л. Одновременно матка фиксирована по Dolèris, и произведена стерилизация.

В одном случае у недавно до того перенесшей у меня холецистэктомию с беременностью в 4 м. в возрасте в 24 г.

По поводу заболевания плода сроком в 6½ мес. у женщины в 21 г.

У женщины, имевшей 9 беременностей, но обладающей одним дефективным ребенком. Беременность была в 2½ мес., женщине 37 л. В одном случае у больной, страдавшей постоянным приращением места, с беременностью в 5 мес. в возрасте в 39 л.

У пяти многобеременных (до 15 раз) с беременностью в 2½, 2½, 3, 3 и 5 мес. в возрасте 37, 45, 50, 32 и 30 лет.

Идиотке кретинке 16 л. с беременностью в 6 мес.

У пяти больных с кистами (в 3-х случаях дермоидными) яичников с беременностью в 1½, 2½, 2½, 2 м., 3½ м. в возрасте 26, 32, 31, 36 л. и 32 г.

И, наконец, операция была произведена у 4-х девиц с беременностью в 4½, 4½, 6 и 6 мес. в возрасте 20, 21, 22 и 26 лет.

Одна из больных представляла некоторый интерес в том отношении, что забеременела при целости hymenis при coitus inter pedes, а другая, хотя и абортировалась у опытного врача на 3-м мес., беременность почему-то не прервалась, так что пришлось ее, как и всех прочих, оперировать под условным диагнозом „киста“.

У пяти больных пузырь был непрозрачным с шероховатыми оболочками и белыми отложениями с мутными зеленоватыми водами.

У одной больной плодный пузырь был совершенно без амниотических вод с живым, мацерированным плодом.

Все случаи закончились полным выздоровлением с первичным натяжением, в том числе, и имевшие мутные воды.

Разрез брюшной стенки производился по белой линии между лобком и пупком сантиметров 8 длиной. Матка вывихивалась в рану, окружалась густо салфетками, рукой ассистента сдавливалась вокруг шейки для уменьшения кровотечения. Разрез матки проводился по передней ее стенке вдоль ее большой оси в области тела. При рассечении всей стенки матки в разрез выпячивались или пузырь или детское место. Осторожным скользящим движением пальца между плодным яйцом и слизистой матки отделяется последнее, целиком выкатываясь из полости ее. Слизистая после этого крепко протирается марлевой салфеткой, иногда очищается острой ложкой под контролем

зрения!—чего никогда нельзя сделать при обычной абразии. В случае надлежащих показаний производится ряд операций: резекция труб, аппендэктомия, фиксация матки, кистэктомия, удаление фибромы.

На матку накладывается одно-или двух-этажный кэтгутовый шов. Обычный туалет брюшной раны.

Никаких последующих осложнений я не наблюдал. Больные обычно на 4-й день поднимались с постели, с 6-го свободно ходили.

На основании проведенных мной 32-х случаев и наблюдений над ними, полагаю, что эта операция заслуживает серьезного внимания и надлежащего применения.

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

Из хирургического отделения Бобруйской Советской Б-цы.

Случай гнойного воспаления меккелиева дивертикула толстой кишки

В. Морзон

1/XI-27 г. в Хирургическое Отделение поступила больная П-ся Н-ая 25 л. с жалобами на боли в животе и большие неправильные месячные.

До 19 лет была здорова. Первые месячные пришли на 14 году. На 19 г. вышла замуж, после чего месячные изменились: приходили по два раза в месяц и были очень обильные. Последние месячные были 2 недели тому назад. Четыре месяца тому назад почувствовала боли в животе; полагает, что было повышение температуры. Месяц тому назад заметила опухоль в животе. С каждым днем она слабеет и слабеет.

Больная имеет очень истощенный вид: совершенно бледна и худа; от слабости едва держится на ногах—с трудом встает с постели. При осмотре живота, начиная от пупка книзу, замечается выступающее резкое вздутие. Перкуссия дает тупость. Пальпацией контурируется круглой формы опухоль, верхняя граница которой на уровне пупка, нижняя уходит в полость таза, боковые несколько не доходят до боковых стенок живота. При двуручном гинекологическом исследовании устанавливается связь опухоли с маткой; она как бы непосредственно переходит в тело матки. Опухоль слегка эластической консистенции и вместе с маткой несколько подвижна; при давлении почти безболезненна. T° 36,7, П.—120 Исследование мочи уклонений от нормы не дало.

Исследование крови по А-Ш дало нейтрофильный лейкоцитоз Реакция осаждения эритроцитов произведена не была.

Больная находится под наблюдением до 25/XI. За это время изменений никаких. Температура колеблется в пределах N—38,8. Бывала по два дня несколько раз сряду нормальная.

Диагноз—нагноившаяся опухоль матки—миома или саркома. Предложена больной операция.

По получении согласия 26/XI произведена лапаротомия под хлороформенным наркозом.

По вскрытии полости живота представилась следующая картина: посредине живота имеется круглая опухоль сероватого цвета, спаянная с маткой. Вся она со всех сторон спаяна с петлями тонких и толстых кишек, которые вместе с опухолью представляют беспорядочный клубок спутанных кишек. Начал с отделения петли толстой кишки (какая это часть толстой кишки—установить не было возможности), лежащей сверху, слева от опухоли. При отделении началось сильное кровотечение; пришлось на время приостановить отделение. В это же время я обратил внимание, что опухоль в одном месте имеет желтоватый цвет,

а потому сказал ассистировавшим товарищам, что мы имеем дело с каким-то осумкованным гнойником. Полость живота была защищена салфетками, и в это время полился обильной струей гной, который тщательно выбран салфетками. Теперь входим в полость гнойника. Он внутри выстлан слизистыми, кровоточащими грануляциями, покрытыми крошковатыми гнойными комками. Вдоль этого мешка несколько эксцентрически проходит тяж толщиной в мизинец, начинаясь от петли толстой кишки, которую я начал было выделять и заканчиваясь в глубине дна левой подвздошной ямки. Когда я взялся рукой за этот тяж, он отделился от кишки и в стенке кишки оказалось зияющее отверстие, имеющее в диаметре 2 сантим. Другой конец тяжа не был прослежен до основания, так как из-за сращения нельзя было добраться. Я тяж рецезировал в глубине левой подвздошной ямки, предварительно дважды перевязав лигатурой. Рана стенки кишки зашита. В полость живота введено 6 тампонов. Рана ниже пупка оставлена не зашитой на протяжение 8 сант.

Послеоперационное течение удовлетворительное. На 5 день удалены тампоны, покрытые гнойными отделениями и заменены свежими. T° нормальная. На 8 день по извлечении тампонов начались выделяться газы из раны. Значит, швы стенки кишки разошлись. Была поставлена из 2-х стаканов воды клизма, вода сейчас же начала выделяться из раны живота. Ясно стало, что тяж отходил от нижней части толстой кишки и вероятнее всего Сигмовидной. Этот тяж при исследовании оказался имеющим в себе просвет, а стенки его были продолжением стенки кишки. Теперь уже было ясно, что мы имеем дело с гнойным воспалением Меккелиева Дивертикула Эссобразной части толстой кишки.

В дальнейшем свищ закрылся и больная выписалась совершенно здоровой 5/II-28 г.

Из хирургического отделения Мозырской Советской Б-цы

К казуистике ложного гермафродитизма

М. Сандомирский

3-го августа 1927 года в Мозырскую окружную милицию явилась женщина 26 лет по имени Наташа с просьбой переменить ей женский паспорт на мужской, так как она не женщина, а настоящий мужчина. Милиция направила ее в Окрздрав для медицинского освидетельствования. 4-го августа в окружной больнице состоялся медицинский осмотр пациентки. При исследовании ее выяснились следующие данные относительно физической и психической конституции. Наружные половые органы производили больше впечатление мужских: хорошо развитый и правильно сформированный мужской половой член, достигающий даже и вне эрекции приблизительно 12—13 см. длины. Мочеиспускательный канал открывается не на конце penis'a, а у корня его, симулируя собой вход во влагалище. От основания члена с обеих сторон имеются две широкие кожные складки, похожие на большие губы; между складками расщелина, на дне которой нет никаких углублений или отверстий; кзади складки постепенно сглаживаются, не соединяясь между собой и не образуя ладьеобразной ямки. Эти складки скорее напоминают большие губы, чем расчепленную мошонку. В этих складках кожи никаких признаков яичек.

Левый пах выполнен плотной колбасовидной опухолью, резко обрывающейся на один сантиметр ниже наружного пахового канала. Эта опухоль из паха продолжается в левую подвздошную область, подымаясь выше spina anterior superior. Опухоль плотна, бугриста, слегка подвижна. Над лобком прощупывается вторая опухоль, гладкая, плотно эластическая и более подвижная чем левая, круглой формы. Верхний край опухоли не доходит до пупка пальца на три и общая ее величина с голову новорожденного.

Опухоли за последнее время стали заметно расти и левая стала причинять беспокойства. Растительность на лице отсутствует; на лобке имеет характерное женское расположение. Грудей нет (все время носила искусственные груди из подушечек). Голос хриплый, звучит более мужски, нежели женски, представляя как бы переход от одного к другому, и во всяком случае является для женщины чрезмерно низким. Кожа хорошего напряжения, жировой слой умеренно развит. По словам исследуемой, половое чувство ее направлено на лиц женского пола, что ярко сказалось на 23 году жизни. (Три года тому назад). За последний год Наташа имела половые сношения с крестьянскими девушками. Половой акт длится около получаса, при чем обратное расслабление penis'a сопряжено с сильным чувством полового наслаждения. Что касается раннего детского возраста, то, по уверениям родителей, Наташа (ныне Анатолий) гораздо больше была похожа на девочку, нежели на мальчика, почему и была названа девушкой.

Ввиду подозрения на злокачественное перерождение левого яичка исследуемой была предложена операция, на которую она охотно согласилась.

5-го августа под хлороформом проведен разрез по ходу левого паха кверху с поперечных мышц и начато вылущение опухоли снизу. Так как опухоль не проросла своей оболочки, нижний сегмент ее довольно легко выделен. Верхняя половина опухоли лежала в забрюшинной клетчатке на крупных сосудах; здесь удаление было более затруднено и удалось только с поперечной перерезкой расширенного до толщины указательного пальца левого мочеточника. Мочеточник сшит конец в конец, при чем из верхнего отрезка моча не выделялась. Почки из этого разреза ощупать не удалось. Внутренний сегмент опухоли покрыт брюшинной, которую пришлось вскрыть; в окно брюшины видна правая опухоль, которая оказалась правым яичком, оболочки которого растянуты большим hydrocele. После резекции части оболочки, правое небольшое яичко было оставлено в брюшной полости. Брюшина зашита. Швы на мышцы, апоневроз и на кожу. Удаленная опухоль представила на разрезе серовато-белую ткань волокнистого строения; элементов яичка нигде не удалось найти. Операция продолжалась два часа. Послеоперационный период протек без всяких осложнений. Лишь первое мочеиспускание дало мочу, слегка окрашенную кровью.

12 августа Наташа-Анатолий выписался из больницы.

Заканчивая описание нашего случая, надо указать еще на один момент, который нас интересовал при собирании анамнеза, это относительно эйакуляции. Несмотря на тщательный наш опрос, нам все же ничего не удалось выяснить в этом направлении. Полюции и истечения семени во время полового акта он не отмечает.

ОБЗОРЫ

Американская методика безмикротомного получения срезов и быстрая микроскопическая диагностика таковых

В. Ф. Черваков

Особый уклад современной американской жизни с ея изумительно и глубоко проведенным принципом широкого разделения труда проявляет себя и в госпитальной жизни. Модус исследования больного в современной американской клинике вообще и в частности лабораторное обследование больного сильно разнятся от европейских. В отдельности это должно быть отнесено к гистопатологическому исследованию. Американский pathologist по характеру своей работы отличается от патолога-анатома в нашем русском или даже европейском представлении. Pathologist является и консультантом в палате у постели больного и в операционной во время операции и помимо всего должен быть в курсе дела в смысле интерпретации разнообразных клинических анализов. Контакт клинициста и патолога в Америке полный и постоянный. Также постоянное и тесное сотрудничество патолога и клинициста (в частности хирурга) имеет много преимуществ и не мало способствует развитию успехов госпитального дела. За последнее время в хирургических клиниках (в частности у Мэйо—в Рочэстере) проводится мысль—„место патолога—в операционной комнате". Присутствие патолога у операционного стола и участие его в распознавании болезненных процессов в открываемом хирургом операционном поле является залогом быстрой и успешной диагностики. Ввиду того, что эта новая методика быстрого получения и окраски срезов мало известна у нас и, с другой стороны, представляет несомненный интерес для клиницистов, то мы считаем своевременным сделать краткий обзор этих новых американских методов.

Срезы из свежих кусочков тканей делаются бритвой от руки. Для удобства получения срезов Cooke рекомендует приспособление весьма похожее на лабораторные щипцы для держания пробирок—это обыкновенная согнутая медная пластинка длиною 11 см. и вышиною 2,2 см. у конца, где захватывается предназначенный для резки кусочек. У согнутого конца этой пластинки имеется пружинка. Захваченный таким handitom'ом кусочек ткани размерами 0,5 сантиметра в поперечнике переносится на пластинку линолеума размерами 10×15 см., после чего, рукою, при помощи обыкновенного лезвия безопасной бритвы „Жилет" быстро (не пилящими движениями) производятся срезы. Толщина срезов зависит при этом от консистенции ткани, а также от того, была-ли ткань фиксирована или нет. Из свежих тканей (за исключением клетчатки и других тканей, имеющих ячеистую структуру) удается таким образом получить срезы толщиною в 100 микронов, толщина вполне пригодная для нижеописываемой окраски и исследования. Можно уплотнить в течение нескольких секунд кусочки в кипячем 10% формалине и получить более тонкие срезы толщиною 60 и даже 40 микронов.

По Пиэтт'у методика получения срезов сводится к следующему: из удаленной при операции ткани вырезывается небольшой кусочек размером 8×8×5 миллиметров. Кусочек помещается иа влажную проб-

ковую пластинку и прикрепляется иглами с двух сторон. Тоже одним движением влажной бритвы (лезвия от безопасной бритвы) перпендикулярно к пробковой пластинке изготовляется срез возможно тоньше, в несколько долей миллиметра. В случае полупрозрачности тканей пригодны срезы толщиною даже в 1 милиметр (Пиэтт).

Окраска. Методика окраски отличается от обычных способов окраски микротомных срезов—идея метода заключается в окраске одной поверхности среза. Terry и Cooke рекомендуют для окраски таких срезов раствор полихромовой метиленовой синьки Unna (Grübler), по Пиэтту хорошие результаты дает обычная синька Лёффлера.

Техника окраски по Cooke: на гладкой поверхности (стеклянной пластинки или предметном стекле) наносится небольшая капля краски. 2) Полученный срез, захваченный двумя тонкими пинцетами, приводится в соприкосновение с краской одной стороной на 3 секунды. 3) После этого срез промывается в текучей воде, кладется на предметное стекло окрашенной поверхностью кверху и накрывается покровным стеклом, после чего препарат готов для микроскопического исследования. По Пиэтту окраска производится таким образом: срез переносится остроконечным „глазным" пинцетом на лист фильтрованной бумаги, чтобы отсосать избыток воды. В это время на чистое предметное стекло помещают пару капель лёфлеровской метиленовой синьки, каковая тем-же пинцетом размазывается в тонкий слой. Вытерев пинцет, срез поднимается с фильтрованной бумаги и проводится осушенной поверхностью по слою краски. Важно, что краска не заплывала на другую поверхность среза. Всего 2-3 секунды достаточно для окраски, пинцет не отделяется от среза и срез немедленно переносится в стакан с дестиллированной водой, не отнимая пинцета. Левой рукой в стакан помещают вертикально чистое предметное стекло, на середину коего помещается срез окрашенной поверхностью вверх. Избыток воды удаляют полотенцем, срез покрывают покровным стеклом и исследуют немедленно. Окраска годна на несколько минут и может быть возобновлена повторением процедуры.

Таким образом для производства исследования необходимы: предметные и покровные стекла, два тонких пинцета, пробковая пластинка (или пластинка линолеума), медная изогнутая пружиняшая пластинка (handitome), бритвенные ножики, стакан с водой, капельница с краской—все эти предметы должны быть приготовлены и проверены предварительно и вместе с микроскопом могут быть помещены или на маленьком столике в углу операционной или просто на окне операционной. При соблюдении таких условий получение срезов и окраска при известном навыке может быть произведено тут же в операционной в течение нескольких секунд.

Некоторыми авторами предложен для окраски раствор Тионина (2%-й раствор тионола в 5% уксусной кислоте); эта окраска по Cooke не дает удовлетворительных результатов. Для срезов из фиксированных кусков, толщиною 40-60 м. может быть применена обычная окраска гемотоксилин-эозин. По заявлению упомянутых исследователей картина клеток под микроскопом получается довольно четкая, но все же в деталях не такая, как при обычных методах гистологической обработки при посредстве микротома. При исследовании таких срезов при иммерзионных системах рекомендуется искусственное освещение.

Считаем здесь небезынтересным привести оригинальную методику Пиэтт обработки замороженных срезов.

1. Срезы с замораживающего микротома помещаются в дестиллированную воду, переносятся на предметное стекло, складки распра-

вляются несколькими каплями дестиллированной воды, избыток коей сливается.

2. На срез помещают несколько капель 95% спирта, избыток его удаляют чистой мягкой тряпкой.

3. Срез придавливают к стеклу гладкой фильтровальной бумагой, сложенной в несколько слоев.

4. Немедленно обезвоживают срез абсолютным алкоголем.

5. Покрывают срез 2% раствором целлоидина в спирте-эфире, удаляя тряпкой избыток раствора, чем срез укрепляется на стекле и в дальнейшем может быть подвергнут любой окраске.

Надо заметить, что все описанные приемы расчитаны на быстроту, в жертву которой приносится естественно в известной степени ясность гистопатологической картины.

ЛИТЕРАТУРА: Terry B. A rapid method of examining tissue microscopically for malignancy. Journ. Pathol and Bacteriol, 1927. Hamilton Cooke. The handitome a simple device for cutting sections, 1928. The Journ. Am. med. Ass. Vol. do № 6. Пиэтт. Быстрый диагноз тканей, 1927. Он же. Врач. Обозрение, 1926, № 1.

Ассистент Белорусского Государственного Микробиологического Института

Лабораторная диагностика туберкулеза методом выделения чистых культур

Я. А. Раховский

В работе о раневых инфекциях, выпущенной в 1878 году, Роберт Кох выставил три требования, которым должен удовлетворять каждый микроб, претендующий на роль возбудителя того или иного заболевания, а именно: 1) постоянное присутствие микроба при исследуемой болезни и отсутствие его при других заболеваниях, 2) выделение его в чистой культуре и 3) получение у животного экспериментального заражения выделенной культурой с соответствующей клинической картиной. Все три требования этого „катехизиса" были с точностью выполнены Кохом по отношению к открытому им в 1880 году возбудителю туберкулеза.

Наибольшие трудности, потребовавшие применения значительных усилий и настойчивости, благодаря своеобразным особенностям туберкулезной палочки, представляло выделение ее в чистой культуре на искусственных питательных средах.

Туберкулезная палочка, отличающаяся медленным размножением и медленным развитием в теле человека и животного, с большим трудом приспосабливалась к условиям внешней, искусственной среды и развивалась на последней настолько медленно, что сопутствовавшие ей посторонние микробы успевали дать обильный, заглушающий ее рост.

Только, благодаря гениальности маститого ученого, ему удалось в примитивной лабораторной обстановке тогдашнего времени блестяще разрешить задачу, которая с трудом была выполнима, несмотря на большие достижения бактериологической техники, даже в последние годы.

Коху для выделения чистой культуры пришлось применить довольно сложный косвенный способ.

Подозрительный материал (мокрота, гной свища и проч.) вводился под кожу морской свинке. Через 3—4 недели после заражения морская свинка убивалась и из нее при соблюдении всех правил асептики вырезывались лимфатические железы (паховые и подмышечные) и селезенка. Материал помещался на стерильную чашку Петри и либо раздавливался широким стерильным пинцетом, либо ножницами разрезался на небольшие кусочки; далее кусочки растирались стерильной палочкой в стерильной пробирке и растертый или разможженный материал захватывался платиновым шпаделем и тщательно втирался в питательную среду. Выбор питательной среды также представлял большие затруднения. В качестве питательной среды Кох пользовался бычьей сывороткой, впоследствии с примесью некоторого количества глицерина. Рост туберкулеза на этой среде происходил не только медленно, но и крайне скудно. Последнее обстоятельство наряду со сложностью описанного метода служило причиной постоянной неудовлетворенности и поисков новых путей у всех тех, кто занимался изучением туберкулеза.

Со времени Коха не прекращаются попытки улучшить, упростить его методику и получить чистую культуру непосредственно из исходного подозрительного материала.

Ученик его Kitasato вылавливал из туберкулезной мокроты петлей несколько толстых комочков, промывал их в 10—15 чашках со стерильной водой и засевал на свернутую бычью сыворотку. Ему с трудом удалось таким образом получить только несколько штаммов. Loewenstein промывал комочки мокроты в горячей 90° воде, позже он перешел к 3% перекиси—водорода, и, наконец, пробовал обжигать над пламенем верхние слои и поверхность захваченных петлей комочков мокроты.

Spengler клал на выстланное фильтровальной бумагой донышко чашки Петри мокроту, покрывал чашку другим листком фитровальной бумаги, после чего накапывал 5—10 капель формалина и закрывал крышкой; через 30 минут производился посев на среду.

Ida Piorkowski взбалтывала мокроту с 3—5-ю каплями формалина и производила посев.

Наряду с трудностью получения первых генераций туберкулезных культур следует указать также на слабую их жизнеспособность. Полученные культуры часто быстро погибали и не всегда давали рост при дальнейших пересевах. Отсюда—появление необычайного количества различных питательных сред, предложенных, как для первичного получения туберкулезных культур, так и для последующего их сохранения.

Обилие предложенных питательных сред свидетельствует о несовершенстве применяемых способов получения культуры и постоянном стремлении найти, наконец, идеальную, удовлетворяющую во всех отношениях среду.

Французские ученые Nocard и Roux ввели глицерин, как составное вещество питательных сред для выращивания туберкулеза; англичане Stanley, Griffith, Cobbet, Hutchens испытали сыворотки различных животных. Straus применял глицериновый бульон. Hühne, Proscauer, Beck, Frenkel, Lockeman, Loewenstein и Pick пользовались питательными средами из химических веществ животного и растительного происхождения, а именно: тирозин, лейцин, аспарагин, фосфорно-кислый и сернокислый аммоний и магнезия.

Из растительных веществ предложены: картофель, цветная капуста и желтая репа.

Павловский получал на картофеле первичную культуру уже на 12-ый день.

Далее следует упомянуть среду Hesse (бульон Heiden'а, глицерин, агар, сода и соматоза), среду Ficker'а (мозговой агар с прибавлением мокроты).
Schmit, Mülheim и Klein предложили среды из стерилизованного молока. Waletti заметил, что палочки типа tbc. humanus растут на агаре с прибавлением женского молока, а типа tbc. bovinus на агаре с примесью коровьего молока. С 1913 года благодаря работам Безредки и его учеников появилось новое течение, которое положило в основу приготовления питательных сред изучение биологических свойств tbc.

Отличительной чертой биохимического комплекса туберкулезной палочки является содержание в ней значительного количества жировоско-липоидных веществ (до 39%) и фосфатов (до 55%). В организме человека и животного туберкулезный бацилл получает почти в готовом виде необходимые для его существования указанные составные части. Поэтому то в организме животного значительно понижается

синтез бактерийной протоплазмы из получаемых в тканях питательных веществ, в то время, как на искусственной питательной среде работа внутриклеточных соков бактерий и синтезирование протоплазмы должно быть значительно усилено.

Получая на искусственной питательной среде, лишь в ограниченном количестве органические и минеральные вещества, туберкулезная палочка должна их, постоянной усиленной работой постепенно накапливать. На средах, не содержащих жиро-воско-липоидных веществ и фосфатов в значительном количестве, туберкулезная палочка, плохо приспособляется и дает медленный и скудный рост.

Наибольшее количество жиро-воско-липоидных веществ и фосфатов (пальмитин, стеарин и олеин 20,3%, лецитин 7,2%, глицеринофосфорная кислота—1,2%, соли от 1 до 3%) содержится в средах, приготовленных из куриного яйца, что должно было, конечно, облегчить выращивание первых и последующих генераций туберкулеза на них.

Из яичных сред можно указать следующие: I среда Безредка: (1 яйцо смешивается с 300 куб. см. дестиллирова. воды).

II среда Dorset—1 яйцо+10% воды; свертывается при 70°.

III среда Lubenau—смесь яичного желтка и глицеринового бульона почти поровну.

IV среда Петрова: 2 части яйца, 1 часть мясного экстракта и 1% спиртного раствора генциан.-виолет 1 : 1000.

V среда Цехновицера: 70% яйца+20% дестил. воды+немного глицерина и т. д.

Мы не станем здесь далее перечислять всех остальных, применявшихся для туберкулеза питательных сред. Выделение чистых культур, несмотря на их множество, нисколько не продвинулось вперед и попрежнему оставалось кропотливым и сложным делом.

Метод Uhlenhuth'a

Первым, кому мы обязаны значительным усовершенствованием техники выделения культур и выработкой метода, облегчавшего получение их прямым путем из туберкулезного материала, явился Uhlenhnth.

В 1909 г. Uhlenhuth предложил воспользоваться антиформином для получения культуры tbc. По его наблюдениям антиформин, убивая все микробы в туберкулезном материале, нисколько не ослаблял жизнеспособности туберкулезных палочек. Следовательно, обрабатывая некоторое время мокроту, гной, мочу антиформином, можно было выделить из них культуру. Первоначальная его методика заключалась в следующем: к 20-30 куб. мокроты прибавлялось 55-65 куб. дестиллированной воды и 15 куб. чистого антиформина (таким образом получалась 15% смесь). После некоторого стояния обработанный материал выливался на чашкуДригальского; оставшиеся нерастворенными комки мокроты вылавливались, промывались в физиологическом растворе и засевались на среду. Впоследствии Uhlenhuth перешел к центрифугированию обработанного антиформином материала. Мокрота смешивалась в равных частях с 15% антиформином, растиралась стерильной стеклянной палочкой и оставлялась на 30 минут в термостате или при комнатной t°. Затем она центрифугировалась и дважды промывалась физиологическим раствором. Uhlenhuth и его ученики Xylander и Kersten получали хорошие результаты, обрабатывая по этому методу мокроту, органы туберкулезных свинок и кур, погибших от жемчужной болезни. Им также удавалось получить культуру из кала, мочи и зараженной земли. По этой же методике работал Hoffman, выделяя культуру из туберкулезных органов трупов.

Kurt-Meyer и Fitschen на основании своих исследований гноя, мочи и эксудатов указывали (в 1922 году) на простоту антиформинного способа и необходимость его введения в повседневную практику. Loewenstein в своей статье в Abderhalden-Handbuch также считает этот способ приводящим наиболее быстро к цели, однако в процессе дальнейшей работы после ряда неудач Loewenstein разочаровался в пригодности применения антиформина.

Дело в том, что благодаря различной резистентности к щелочам не все туберкулезные штаммы выдерживали воздействие антиформина, кроме того, антиформин—непостоянный продукт, часто содержит различные количества хлора. Поэтому, являясь прекрасным средством для накопления туберкулезных палочек при микроскопическом исследовании, он оказался весьма ненадежным для бактериологических целей.

Метод Loewenstein'а

В поисках нового способа Loewenstein испытал действие 10% раствора серной кислоты и 10% раствора едкого натрия на tbc-озные палочки; оказалось, что растворы этой концентрации не убивали туберкулеза. Основываясь на этих данных, Sumioshi по предложению своего учителя детально разработал в 1924 году новый метод получения tbc-озной культуры. Он испытал действие серной, соляной, уксусной, молочной к-ты и едкого натрия на tbc-озные бациллы. Употребляя различные концентрации этих кислот от 10% до 50%, он подвергал материал воздействию их в различные сроки от 10 минут до 1 часу. Методика Sumioshi представляется в следующем виде: 200 куб. см. мокроты смешивалось с 10 куб. см. кислоты, встряхивалось в стерильном цилиндре и через определенное время центрифугировалось; затем кислота сливалась, материал промывался стерильным физиологическим раствором и высевался на различные питательные среды: картофель, глицериновый агар и свернутую глицериновую сыворотку. Наилучший рост получался на глицериновом картофеле. Глицериновый агар оказался наихудшей средой: на ней не было роста даже при высеве органов, зараженной туберкулезом свинки; свернутая сыворотка давала удовлетворительные результаты. Сравнивая результат воздействия различных кислот, Sumioshi пришел к выводу, что даже 30% соляная к-та и 40% серная к-та не в состоянии убить туберкулеза, 30% раствор едкого натрия, оставляет их живыми после часа обработки; наилучший эффект получался при воздействии 15% серной кислоты в течение 30 минут.

Полученные таким способом культуры автор перевивал на питательные среды, из которых яичные среды по Dorset и Lubenau давали наилучший рост, а глицериновый бульон—наихудший.

При заражении выделенными культурами морских свинок, 2 культуры оказались непатогенными для них. Отсюда автор приходит к заключению, что среди штаммов типа tbc. humanus могут встретиться непатогенные для свинок культуры.

Loewenstein высоко ценил значение цитированных работ, он еще в 1924 году полагал, что способ обработки серной кислотой может занять равное место наряду с опытом на животных. Преимущество серной кислоты над антиформином заключается, по его мнению, в том, что серная кислота не растворяла клеточных элементов и последние при осаждении легко увлекают в осадок туберкулезные палочки, антиформин же растворяет мокроту и поэтому микробы осаждаются лишь после долгого центрифугирования.

Разумеется, расчитывать на широкое применение в практике метод Sumioshi не мог. Для каждого исследования мокроты требовалось 200 куб. см. Чрезвычайно редко в лабораторию доставляется такое огромное количество мокроты.

Поэтому при проверке и развитии метода, учениками Loewenstein'a были внесены некоторые видоизменения, особенно в отношении количества взятого материала и количества кислоты. Их работы подтвердили и дополнили данные Sumioshi.

Pesh и Simchovitsch употребляли 20 куб. мокроты и 1 куб. 15% серной кислоты: из материала, содержащего микроскопически найденные туберкулезные палочки, они в 96% выделили культуру.

Meller—сотрудник туберкулезного отделения Венского Серотерапевтического Института обрабатывал материал 3-х кратным количеством 15% серной кислоты в течение 15 минут, включая сюда и время, затраченное на центрифугирование. При исследовании мочи он отстаивал суточное количество ее и верхний слой снимал при помощи водяного насоса; нижний слой подвергался центрифугированию и полученный осадок размешивался в 5 куб. см. серной кислоты. Через 15 минут осадок промывался три раза физиологическим раствором и высевался на глицериновый картофель. Meller получил следующие результаты.

Моча

		Из них культура+	Культура—
Микроскопически положит.	27	26	1
„ отрицат.	48	15	33

В 30% микроскопически отрицательных случаев получена культура туберкулеза; в микроскопически положительных случаях культура получена в 96,2%.

Мокрота

		Из них культура+	Культура—
Микроскопическ. положит.	38	38 (или 100%)	0
„ отрицат.	14	5 или 35,7%	9

Гной

		Из них культура+	Культура—
Микроскопическ. положит.	9	8 или 89%	1
„ отрицат.	21	4 или 19%	17

При исследовании присланной в И-т мочи, Meller 31 раз поставил параллельные опыты на животных. При сравнении результатов посева и опыта на животных оказалось:

Из 14 случаев положительного ответа при опыте на животных, выделено культур 13 раз; не выделено 1 раз. Из 17 случаев отрицательного результата при опыте на животных—3 дали культуры, а 14 нет.

Сравнительно благоприятные результаты получены и другими учениками Loewenstein'a. Nakamura получил 6 культур из гноя среднего уха, обрабатывая последний 10⁰/₀ раствором серной кислоты: параллельный опыт на животных дал 13 раз положительный ответ.

Ashimura выделял туберкуле=ную палочку из крови трупов людей. Сравнительное испытание бактериологического способа с опытом на животных не дало преимущества ни одному из них. 2 культуры были получены при отрицательном опыте на животных и в свою очередь при 2-х положительных опытах на животных роста tbc. на средах получить не удалось.

Koizúmi пытался выделить туберкулезную культуру из желчи. Как известно, микроскопия туберкулезных палочек в желчи затрудняется благодаря тому, что желчь, как коллоидное вещество мешает фуксину пропитать и окрасить тело туберкулезного бацилла. Поэтому было-бы чрезвычайно важно использовать для исследования желчи вместо бактериоскопического бактериологический метод, однако автору удалось выделить культуру всего один раз. Возможно, что неудача Koizumi об'ясняется слишком продолжительным действием кислоты. Он вместо 15 минут при 3-х кратном количестве серной кислоты обрабатывал 30 минут.

Surany и Putnoky из Будапештского Университета применяли 5-кратное количество 25⁰/₀ серной и соляной кислоты. Из 74 микроскопически положительных мокрот они получили 59 культур или 80⁰/₀; из 55 микроскопически отрицательных мокрот они получили 11 культур или 20⁰/₀. Авторы весьма оптимистически оценивают способ Loewenstein'a, полагая, что он, как наиболее дешевый и простой скоро не только в состоянии будет конкурировать с опытом на животных, но и окончательно вытеснит его.

Метод Hohn'a

Наиболее горячим сторонником метода Loewenstein'a явился заведующий эссенской городской лабораторией Hohn, который выступил в 1926 году с огромным энтузиазмом и необычайной уверенностью в превосходство и значение упомянутого способа. По мнению Hohn'a благодаря работам Loewenstein'a и Sumioshi наступил решительный перелом в вопросе выделения туберкулезных культур, создан новый этап в лабораторной диагностике туберкулеза. Теперь мы в состоянии выделить туберкулез из любого материала с такой же точностью и в такой же мере, как и возбудителя другого инфекционного заболевания.

Заслуга Hohn'a заключается в значительном упрощении первоначального метода Loewenstein'a. Освободив его от излишней процедуры многократного промывания физиологическим раствором и сведя количество исследуемого материала до пределов обычного употребления в лабораторной практике, он сделал этот метод доступным для любого лабораторного работника, в самой примитивной обстановке.

Ввиду того, что метод Hohn'a получил сравнительное распространение в целом ряде германских институтов и представляет практический интерес, мы считаем возможным остановиться на нем и его работе несколько подробнее.

В качестве питательной среды Hohn пользовался исключительно яичной средой Lubenau, несколько измененной. Яйца снаружи тщательно обмывались водой, 5⁰/₀ карболовым раствором и снова водой; через отверстие, проделанное прокаленным пинцетом на одном из полюсов яйца, содержимое яйца (желток и белок) выливаются в стерильную

банку со стеклянными бусами; после тщательного встряхивания, к 3-м частям смеси прибавляется 1 часть 5% глицеринового бульона, натурально кислой реакции (Ph6,3—6,4—бульон не подщелачивается). Среда разливается в стерильные пробирки и свертывается в serum-аппарате при 85°. Для проверки на стерильность, пробирки помещаются на два дня в термостат. Яйца должны быть абсолютно свежие, ибо только в последних содержатся в неизмененном виде необходимые для туберкулеза жиро-воско-липоиды, фосфаты, аспарагин и аминокислоты. Так как для роста туберкулеза, как известно, необходимо избежать высыхания питательной среды, вместо кондесационной воды, образующейся в ничтожном количестве, в каждую пробирку приливается 0,5 куб. см. натурально-кислого бульона без глицерина.

Для предупреждения высыхания пробирки закрываются колпачками из резины или клетчатки, пропитанной церезином. Поверхность пробирок должна быть блестящая, гладкая, без углублений и неровностей.

Hohn обрабатывал материал 10% раствором серной кислоты, а при обилии посторонних микробов (как например в моче или иногда в мокроте), применялся 12% раствор. Техника его очень проста. 2 кубика мокроты или гноя сильно встряхиваются в длинной пробирке со стеклянной притертой или резиновой пробкой в течение 20 минут с 10 куб. см. 10 или 12% раствора серной кислоты. В промежутках между встряхиваниями пробирка кладется горизонтально на стол так, чтобы кислота покрывала все части обрабатываемого материала. Далее содержимое выливается в центрифужные пробирки и центрифугируются в течение 5 минут. Одна или две платиновых петли из полученного осадка втирается затем на поверхности питательной среды.

Наблюдения Hohn'а показали, что избыток серной кислоты нисколько не препятствует росту туберкулезной палочки на яичной среде, наоборот, рост получался пышнее и обильнее, чем при промывке серной кислоты физиологическим раствором. Повидимому, яичная среда связывает всю свободную серную кислоту. Втирание материала автор советует производить 3 раза непрерывными кругообразными движениями петли. Туберкулезные палочки не должны „торчать" в комочках мокроты, не соприкасаясь со средой, иначе роста не будет.

Всего Hohn провел 635 исследований, израсходовав 2540 яичных пробирок. Сюда входят исследования мокроты, гноя, мочи, кала, молока, спинномозговой жидкости, органов человека и животных. Исследование мокроты производилось им преимущественно не с диагностической целью, а лишь для подтверждения достоинства метода. Из 62-х микроскопически положительных мокрот все 62 или 100% дали рост. Продолжительность роста колебалась между 8-ю и 27-ю днями, в среднем она равнялась 10.5 дням. Если на 21-23-й день роста не замечалось, результат можно было считать отрицательным, все же автор оставлял пробирки в термостате до 6 недель.

Выделение туберкулезных культур из гноя, по мнению Hohn'а, чрезвычайно важно для урологов, гинекологов, педиатров и хирургов. Выделение культур имеет значение не только при отрицательном результате бактериологического исследования, но также и при положительном результате. Лабораторным работникам известно, что при исследовании гноя редко встречаются tbc-озные палочки в большом количестве, чаще их бывает очень немного, иногда только единичные и тогда, конечно, приобретает большой интерес возможность подтверждения диагноза бактериологическим путем. Наблюдения показали, что из стерильного гноя можно было получить культуру без всякой обработки материала.

Однако, обработанный серной кислотой, стерильный гной давал более обильный рост и в более короткий срок, чем при посеве свежего материала. Это вполне понятно, если принять во внимание значительную концентрацию туберкулезных палочек в осадке после центрифугирования тогда, как в свежем материале они распределены неравномерно. Всего было выделено из гноя 68 культур, при чем 26 дали положительный результат, как микроскопически, так и бактериологически. 39 проб только бактериологически, 3 пробы с микроскопически сомнительным ответом не дали роста.

Исследование мочи: всего было исследовано 51 проба, из них 20 с положительным результатом и 31 с отрицательным.

Из них на 7	микроскопически	положит. —	культура	выделена	7	раз
„ 7	„	„ сомнит. —	„	„	7	„
„ 37	„	„ отрицат. —	„	„	6	„

Исследование мочи производилось следующим образом: 150 куб. мочи делится на 4 порции, центрифугируется в 4-х пробирках. К осадку каждой пробирки прибавляется по 1 к. см. серной кислоты, взбалтывается и содержимое всех 4-х сливается в 1 пробирку. В эту пробирку надо долить еще 6 куб. см. серной кислоты, встряхивать 20 минут, центрифугировать 5 минут и произвести посев. Hohn описывает целый ряд демонстративных случаев получения культуры из мочи сильно загрязненной, доставленной в нестерильной посуде, после 2-х недельного хранения и т. д.

Спинномозговые жидкости исследовались 22 раза. Из них выделено 19 культур, в 20 микроскопически были найдены tbc. палочки, в 2-х палочек не было найдено. По мнению Hohn'а посев спинно-мозговых жидкостей не имеет никакого практического значения. Диагностика может быть поставлена большей частью на основании одной бактериоскопии; в других случаях клеточные элементы, количество белка и водянистость пунктата при соответствующем анализе и клинической картине сами по себе настолько характерны, что посев является излишним. К тому же рост культуры обнаруживается часто уже после смерти ребенка. Выделение культуры имеет смысл лишь для тех случаев, которые впоследствии заканчиваются выздоровлением.

Наибольшую трудность представляло выделение культур из кала. Всего выделено 5 культур. Обилие микробов, в том числе много спороносных приводило к загрязнению среды даже после обработки 12% серной кислотой. При исследовании органов трупов человека и животных Hohn разрезывал на мелкие части стерильным инструментом об'ект, растирал его в пробирке с 2 куб. серной кислоты, прибавлял 8 куб. и затем поступал по обычному методу. Всего было исследованы 23 раза человеческие органы, выделено 23 культуры, из органов животных выделено 20 культур.

Из молока Hohn'у не удалось получить культуры. Большинство пробирок прорастало посторонними микробами. В заключение Hohn считает, что проблема выращивания туберкулеза в лабораторной практике отныне разрешена. Метод выделения культур является теперь одним из простейших и надежнейших в бактериологии: „Der einfachste eund sichersche in der Bakteriologie".

* *
*

Работа Hohn'а, его крайний оптимизм и категорическое утверждение о совершенстве видоизмененного им метода, естественно, привлекли внимание лабораторных работников и вызвали появление дальнейших работ в области трактуемого вопроса.

Hans Schmidt из Кенигсбергского гигиенического И-та провел параллельные опыты с обработкой материала: 1) по Hohn'у, 2) по способу Pesch и Simchowitsch'a и 3) заражением морских свинок.

Из 40 исследованных мокрот:

Опыт на животных дал положит. результат в 11 случаях
яичная среда „ „ „ 6 „
картофель „ „ „ 5 „

В одном случае опыт на животных дал отрицательный результат, между тем, как на обеих средах выросла культура. Автор допускает, что выделенный штамм принадлежал к числу непатогенных для морских свинок. Продолжительность роста на яичной среде—от 10 до 28 дней, на картофеле—от 13 до 52 дней. Преимущество, несомненно, на стороне опыта на животных, который является самым чувствительным реактивом. Метод культуры выигрывает зато своей простотой, дешевизной, часто дает быстрее ответ и выручает в редких, правда, случаях апатогенного для свинок туберкулеза. Некоторые затруднения приходилось испытывать при приобретении свежих яиц, особенно зимой.

Schrader из Бреславского гигиенич. И-та сообщает о проведенных им 127 исследованиях поступавшего в И-т материала. Исследование производилось по точной методике Hohn'a, но кроме яичной среды применялся картофель, без предварительного промывания физиологическим раствором. Автор пришел к убеждению, что и последняя среда, вопреки утверждению Hohn'a, является пригодной. Из 33 культур, полученных с непромытым материалом, 14 дали рост также и на картофеле. Были случаи (4 раза), когда культура выростала только на картофеле, а на яичной среде роста не получалось, или когда tbc. колонии появлялись быстрее на картофеле.

Результаты следующие:

Всего исследований 127

микроскопия	+ 17;	культура +16;	культура — 1
„	—100	„ +13	„ —87
микроскопически сомнительных	— 10	„ + 4	„ — 6

Итого культура дала в 2 раза больше положительных результатов, чем микроскопическое исследование.

Общий % положительных находок в микроскопически отрицательном материале при исследовании мочи и гноя у автора 60,9%, у Hohn'a 61,2%. Совпадение этих двух цифр убеждает в правильности сделанных наблюдений.

2 раза были поставлены опыты заражения морских свинок, причем в первый раз культура появилась на 15-ый день, а животное начало терять в весе лишь на 28-ой день. В другой раз свинка пала от случайной инфекции на 15-ый день, а культура выросла на 25-й день.

Органы павшей свинки были подвергнуты гистологическому исследованию; туберкулезных изменений ни в легких ни в печени и селезенке не было обнаружено, между тем, как посев из легких на яичной среде дал рост туберкулезных палочек.

С критикой данных Hohn'a выступила Erika Herrman из Фрейбурского Ин-та, пытавшаяся, не совсем убедительно, доказать превосходство антиформинного способа, предложенного ее учителем. Сравнив на небольшом материале (4 мочи, 2 гноя, 3 кала и 26 мокрот), антиформинный способ и метод Honh'a, Herrman на основании полученных ею результатов приходит к выводу о преимуществе антиформинного способа.

Результаты ее исследований:

		Получено культур:	
		При обработке антиформином	При обработке серной кислотой
Мокрот микроскопически положительных	26	15	8
Моча всего	4	1	1
Кал	3	1	0
Гной	2	2	1

Незначительное число исследованной мочи и гноя (4 мочи и 2 гноя) вряд ли позволяет E. Herrman сделать обобщение о непригодности метода Hohn'a для исследования этих об'ектов тем более, что в методике она не придерживалась точных указаний Hohn'a: вместо 10 куб. серной кислоты она брала только 5, встряхивание производилось в небольшой центрифужной пробирке, где за недостатком свободного пространства нельзя было добиться равномерной обработки материала серной кислотой. Этим об'ясняется, повидимому, сравнительно небольшой процент культур, полученных из микроскопически положительных мокрот. Всего—30%, тогда, как в цитированных работах он не спускался ниже 90%.

Довольно холодно высказывается по поводу метода Loewenstein-Hohn'a Kurt. Meyer. Признавая превосходство антиформинного способа на основании работ Herrman и не подтверждая своего мнения со своей стороны никакими фактическими данными, он считает, что Loewenstein после работы Ulenhuth'a в сущности ничего нового не внес в методику выращивания туберкулезных культур.

Из работ, опубликованных в 1927 году по данному вопросу, следует упомянуть о сообщениях Engel'я Sütterlïn'a, Seeleman, Klingmüller'a и Sonnenschein'a. Engel из Берлинского Гигиенич. И-та проверил метод Hohn'a в 25 случаях и получил благоприятные результаты. Sütterlïn из Мюнхенской городской лаборатории сообщает о 157 исследованиях; из них положительный результат получен 39 раз: 23 раза микроскопически и бактериологически и 16 только бактериологически. Не было ни одного микроскопически положительного случая, без одновременного выделения культуры. Одна проба мочи дала рост на средах при отрицательном опыте на свинках. Моча больного была прислана вторично и при заражении нового животного получился положительный результат.

Интересны данные Seeleman и Klingmüller'a из кильской молочно-испытательной станции, выделивших tbc. культуры из различных выделений человека и животных, в том числе и молока.

Из молока выделено 5 культур. Обработка материала производилась ими, не только серной кислотой, но и разными растворами соляной кислоты. 10-12 и 15%.

По наблюдениям авторов соляная кислота часто давала лучшие результаты, чем серная.

Очень большой материал был собран Sonnenschein'ом из Кельнского И-та, доложившим на заседании местного научного общества о

1085 проведенных исследованиях. Результат их блестяще оправдывает достоинства метода Hohn'a.

Исследованию подвергался весь материал, поступавший в Институт в таком виде, в каком он присылался практическими врачами.

Положительных проб оказалось 183.

Из них микроскопически и бактериологически—78,
только бактериологически 100,
„ микроскопически . . . . . . 5.

При распределении по роду исследований получается следующая таблица:

	Из них		
	Только микроскопически	Только в культуре	И микроскопически и в культуре
Гной 550 положительных 92 .	2	66	24
Мокрота 199 положительн. 57.	1	9	47
Спинно-мозговые жидкости 155 положительных 22. . .	1	17	4
Моча 181 положительных 12 .	1	8	3

Автор убежден в необходимости применить метод Hohn'a в ежедневной практике.

Наши наблюдения, произведенные в Белорусском Микробиологическом Институте мной совместно с С. М. Данович, очень незначительны. Мы лишь сейчас приступаем к работе по методу Hohn'a. Предварительно нами исследовано 5 положительных мокрот, из которых 4 дали рост.

Полученные культуры были проверены на морских свинках и вызвали заражение последних.

При вторичной перевивке на среды, культуры оказались весьма жизнеспособными. На яичной среде колонии появлялись уже на 3 день, на 8-10 день наблюдался обильный рост. На картофеле рост протекал медленнее. Отвивка на глицериновый агар не дала успеха.

Резюмируя данные из приведенных выше литературных источников, мы полагаем, что есть основание сделать следующие выводы:

1) Метод Loewenstein'a-Hohn'a очень прост и легко выполним в обычной лабораторной обстановке.

2) Он должен обязательно применяться при исследованиях мочи, гноя и эксудатов.

3) При исследовании мокроты его следует применять лишь в особых, исключительных случаях.

4) Он несомненно уступает опыту на животных, но должен быть использован параллельно с ним.

5) Применение его следует особенно рекомендовать для наших окружных лабораторий, где исключается возможность постановки опыта на животных.

6) Метод должен быть использован для изучения биологических свойств tbc.—штаммов, приготовления аутовакцин и других научных вопросов.

Литература: Brauer u. Schröder. Handbuch der Tuberculose. Bd. 1. Loewenstein. Wien. klin. Wochenschr. 1925 г. Sumioshi. Zeitschrift für Tuberculose. Bd. 39. Sumioshi—ibidem. Bd. 40. Meller. Zeitschrift f. Tuberculose. Bd. 44 1926 г. Meller—ibidem. Bd. 48 1927 г. Meller. Wien. klinische Wochenschr 1927 г. Pesch u. Simchovitsch. Münch. med. Wochenschr. 1925 г. Kurt Meyer u. E. Fischen. Medizinische klinik. 1922 г. Uhlenhuth u. Kersten. Zeitschrift für experiment. Pathologie u. Therapie. Bd. 6. Engel. Deutsche med. Wochenschr. 1927 г. Sütterlin. Münchene med. Wochenschr. 1927 г. Soranyi u. Puthoky. Centralblatt f. Bakteriologie. Abt. I. Origin. Bd. 94. Isabolinsky u. Gitowitsch—ibidem. Hohn—ibidem. Bd. 98. Hohn—ibidem Bd. 103. Schrader—ibidem Bd. 102. Schmidt—ibidem. Bd. 101. E. Herrman—ibidem. Bd. 102. Kurt Meyer—ibidem. Bd. 103. Seeleman u. Klingmüller—ibidem. Bd. 104. Nakamura—Zeitschr. für Tuberculose. Bd. 42. Aschimura—ibidem. Koizumi—ibidem. Schmidt u. Sylla. Zeitschrift f. Tuberc. Bd. 45. Коржинская А. Ф. Вопросы туберкулеза. 1926 г. Цехновицер. Сборник по сыпному тифу под редакцией Коршуна. 1922 г.

29

РЕФЕРАТЫ

Теоретическая медицина

Stanislaw Hornung. „О действии инсулина на нормальных животных при продолжительном употреблении". Собакам в течение почти 1/2 года ежедневно раз в день впрыскивается инсулин в больших количествах. Состояние здоровья животных оставалось довольно хорошее, вес не изменялся. По прошествии некоторого времени количество сахара в крови не падало так низко и так быстро, как в начале опыта, и возрастало до нормы после прекращения действия отдельной ин'екции. Резервная щелочность крови была постоянно уменьшена. (Compt. rend. Soc. Biologie 97 [1927] Inst. de path. gén. et. exp. de l'Univ. Iean Casimir).

Hans Ioachim Arndt. „Действие долговременной дачи инсулина на животных". У кроликов с здоровой поджелудочной железой вызывается сексибилизация, м. б. кумулятивное действие, у собак же даже через 8—12 месяцев влияние инсулина на количество сахара в крови было одинаковое, как в начале, так и в конце опытов. Так как род животного имеет значение, то нельзя просто переносить на человека данные, полученные на животных. „Dfsch. Med. Wchschr. 53 [1927]. Marburg Univ.

U. Suzuki, W. Nakahara и N. Haschimoto. „Неспособность к размножению у белых крыс при питании синтетически приготовленной пищей". Пища не содержала жира и липоидов. Витамин А давался в концентрированном виде (Biosterin). Хотя животные хорошо росли, однако оставались бесплодными: перерождение сперматозоидов и др. клеток мужских зачатковых желез. Добавление холестерина, синтетического триолеина или освещение ультрафиолетовыми лучами не влияло на бесплодие, которое об'ясняется недостатком витамина Е. (Scient. Papers Inst. physical. chem. Res. 7 [1927[.

F. H. Lewy. „Лечение per os высокого кровяного давления производным холина Pacyl". Показано на кроликах и людях, что препарат имеет продолжительное и равномерное сосудорасширяющее действие и оказывает хорошие услуги в клинике. (Dfsch. med. Wchschr. 53 [1927] Berlin Charité.

André Le Grand и Daniel Santenoise. „Влияние уротропина на возбудимость блуждающего нерва". Внутривенное вливание у. повышает возбудимость вагуса у собаки. При удалении надпочечников этого повышения не наступает. (Compt. rend. Soc. Biologie 97 [1927], Labor. de physiol. de la Faculté libre de méd.).

Lasar Dünner и Max Mecklenburg. „Клинико-экспериментальные исследования над флоридзином". Сообщение VI-е: „Влияние инсулина на флоридзиновую глюкозурию у человека". Испробованные малые дозы флоридзина давали сахар (качественная реакция) в моче, причем влияния инсулина не обнаружилось. (Zfschr. exp. Medizin 58 [1927]. Monbit-Berlin, IV med. Univ.-Klinik).

O. Galehr, P. Ladurner и L. Unterrichter. „Содержание сахара в крови после перевязки выводного протока поджелудочной железы". У собак и кроликов наступает атрофия железы. Островки при этом тоже несколько страдают функционально, так как выносливость к глюкозе понижается. (Pflügers Archiv. Physiol. 218 [1927] Innsbruck, Physiol Institut).

St. Weiss и v. Magassy. „Об эндотрахеальном применении адреналина". Ингаляции а. устраняют приступ астмы, но не повышают кровяного давления и количества сахара в крови. (Zfschr. ges. exp. Med. 58 [1927]. Budapest, I Med. Univ. Klinik).

E. M. K. Geiling, D. Campbell и I. Ishikawa. „Действие инсулина на лишенных гипофиза собак". При удалении задней доли г. собаки очень чувствительны к инсулину, так что 1/2 и даже 1/15 судорожной дозы вызывает судороги. Удаление передней доли не имеет этого действия. Экстракты задней доли защищают лишенное гипофиза животное против инсулина. (Journ. Pharmacol. exp. Therapentics 31 [1927]. Jons Hopkins Univ.).

O. Galehr и F. Plattner. „О судьбе ацетилхолина в крови“. Вагус—возбуждающее вещество и ацетилхолин, вероятно, идентичны. Под влиянием крови их действие на изолированное сердце лягушки убывает одинаково. Образующийся холин можно целиком получить путем обратного ацетилирования. Особенно велика скорость расщепления ацетилхолина в человеческой крови: почти полное исчезновение его из раствора наступает при 20° через 24 сек., при 40° через 15 секунд. (Pflüger's Archiv Physiol. 218 [1927]. Inhsbruck, Physiol. Institut.).

Maria Lindlau „О влиянии питуитрина на количество сахара в крови“. У человека и животных после первоначального под'ема наблюдается короткое понижение количества сахара. (Zfschr. ges. exp. Medizin 58 [1927]. Köln, Med. Univ.-Klinik).

Alexander Paros и Franz Svec. „Закономерная зависимость между содержанием сахара в крови и временем свертывания крови“. Повышение содержания сахара идет параллельно с ускорением свертывания, понижение—с замедлением. (Pflüger's Arch. Physiol. 218 [1927]).

I. Abelin и B. Kobori. „О специфически-динамическом действии пищевых веществ“. VI сообщение: „Специфически-динамическое действие и обмен углеводов“. Некоторые нарушения углеводного обмена, вызванные экспериментально (кормление щитовидной железой, тирамином, фенилэтиламином, адреналином), сопровождаются повышением основного обмена и увеличением специфически-динамического действия. У крыс после флоридзина спец.-дин. действие мяса значительно возрастает. Предлагается обозначать спец.-дин. действие, как „интермедиарную химическую работу пищевых веществ“. (Biochemische Zeitschr. 186 [1927]. Bern, Physiol Inst. Univ.

Проф. *Л. П. Розанов*

А. М. Чарный и С. Красовицкая. „Роль легкого в промежуточном азотистом обмене“. Журнал Эксперимент. биологии и медицины т. III № 20 1927 г.

Автор (А. Чарный) исследуя кровь правого сердца и бедренной артерии собак, на содержание остаточного и общего азота, нашел, что в крови, притекающей к легким остаточного азота больше, чем в крови артерии. Эта разница оказалась еще более резкой у собак, которым внутривенно вводилась сыворотка лошадиной крови, чем вызывалось увеличение остаточного азота в крови. Кроме того авторы (А. Чарный и С. Красовицкая) исследовали на содержание остаточного азота дефибринированную кровь собак, которую пропускали через изолированные легкие этих же животных. Оказалось, что в крови, притекающей к легким, и в этом случае, было больше остаточного азота чем в крови оттекающей. На основании этих опытов авторы пришли к выводу, что легкое обладает способностью задерживать азотистые вещества, из группы остаточного азота.

Л. Таранович

Внутренняя медицина

Gutman. Эпигастральные боли и их сравнительная ценность для диагностики La Press Meb. 1925 г. В патологии желудочных болезней нередко клинический осмотр не дает данных и тогда расспрос получает первенствующее значение. Сам б-ой часто выдвигает факторы второстепенного значения, оставляя в тени более важные. Локализация болей имеет достаточную ценность, но не надо забывать,что при болезненном очаге внизу живота боли ощущаются в эпигастрии и наоборот (pseudoulcus при аппендиците, колите и т. под.). Характер иррадиации, может быть, классическим, но все же на него положиться нельзя, т. к. иррадиация, напр., в левое подреберье может быть как при язве малой кривизны, так и при желчной колике, колите поперечн. ободочн. кишки etc. Важнее узнать, что уменьшает боли, напр., уменьшение болей от еды при ulc. duad., также через сколько времени уменьшается боль после приема щелочей (соды). После вопроса желудочному б-ому—сколько времени он болел, вторым вопросом должен быть—болит ли каждый день или нет. Благодаря этому вопросу больные распадаются на следующие страдающие каждый день, как правило не имеют язвы 12-перстн. группы: AI б-ые кишки или желудка (свежей!) Это или органические больные—у них боли ожесточаются после еды. Это группа б-х с перивисцеральными поражениями (перигастриты—дуодениты, периаортиты etc.) В таких случаях затронута вегетативн. нервн. система брюшной полости и обострение болей после приема пищи можно об'яснить увеличением артериального давления, отзывающегося на окружающей сосуды нервной системе. (При этом эпигастральные боли не означают болей желудка).

II. Группа б-х, страдающих болями каждый день безразлично в какие часы, чисто нервные больные М. б. у этой группы б-х дело идет об изменениях гуморальных, именно изменения ацидоза крови и степени гликемии.

В. Б-ые, страдающие долгими периодами болей, зависящих часто от перемены образа жизни. Боли после еды. Это как правило диспептики.

С. Для ulc. veubriculi или duobeni характерна правильная ритмичность болевых периодов продолжительностью в 2—3 недели, не более 6-ти недель.

Д. Внезапное наступление периодов болей с длительностью не более 3-х дней характерно для заболевания желчного пузыря.

Е. Большие изолированные кризы - tabes, нервн. заболев., поражения кардио-аортич., панкреатический аппендицит.

Тошнота, haematemesis—чаще происхождения аппендикулярного или везикулярного. Головокружения свойственны болезням печени, кишек. Гипер - или гипоацидитас не даёт опорных пунктов для диагностики.

О. Захарова

Landau Marjonko Fergin. Лечение ртутных отравлений. La Presse med 1925 г. В основе лежит идея Mil - лечение сифилиса ртутью per os. (0,75 bisin. subu. +0,01 calomel). Авторы описывают хорошие результаты излечения ртутных отравлений 80 лечений на 100). Прогноз зависит от быстроты появления анурии и ее длительности, а не столько от степени альбуминурии и азотемии. Наиболее же губительно действие инфекции, проникающей через ульцерозные поверхности слизистой кишечнаго тракта. Излечение в своих случаях авторы приписывают исключению этой инфекции при назначении больших доз висмута. Они дают bism. suhn. и bism. carb. ana 0,75 4—6 раз в сутки. Диэта: чай с сахаром и апельсинный сок; затем, диэта бедная белками. Кроме того обычные мероприятия (тоникардиака etc.) Описывается излечение в тяжелом случае отравления с анурией, длившейся 7 дней.

О. Захарова

Действие минимальных доз ртути на состав белой крови. (K. Lüddicke, Klin. Wochenschrift 1928 № 9). Автор задался целью проверить исследования Stock'a и его учеников, указавших, что у лиц, у которых имеются в зубах пломбы, содержащие амальгаму, можно констатировать хроническую ртутную интоксикацию. Автор производил на ряду с химическими пробами на ртуть (позволявшими ему обнаружить ее в количествах менее $^1/_{10.000}$ mg.) исследование крови по Schilling'у. У громадного большинства носителей амальгамовых пломб ему удалось химически констатировать ртуть, а в крови обнаружить лимфоцитоз и уменьшение сегментированных форм. Там, где нет других причин для лимфоцитоза, нужно всегда подумать о ртутной интоксикации. Автор цитирует интересные исследования Seifert'a, что носители пломб, содержащих ртуть, значительно реже заражаются сифилисом, чем те, у которых пломбы отсутствуют. Автор считает не подлежащим сомнению действие минимальных доз ртути. Действие это каталитического или катализоподобного порядка; ртуть вызывает раздражение лимфатической системы.

P. Licène et Ch. Aubertin (Presse medicale, № 4, 1928 года). Спленектомия при миэлоидной лейкемии. Смертность после спленектомий при миэлоидной лейкемии на основании существующей статистики весьма велика: по одним авторам 86%, по другим 96%. Интернациональный хирургический конгресс, состоявшийся в Риме в 1926 году, высказался против оперативного вмешательства при этом заболевании. Однако за последнее время накопляется материал, заставляющий клиницистов менять вехи. Так например Mayo на 40 спленектомий имел только 2 смертных случая, Giffin на 20 спленектомий 1 смертный случай и т. д. Такой успех об'ясняется не усовершенствованием хирургической техники, а тем обстоятельством, что все больные—лейкемики предварительно проделали курс рентгенотерапии, а затем подверглись спленектомии, давшей стойкое уменьшение лейкоцитов, улучшение общего самочувствия, нарастание веса и улучшение состава красной крови. Лейкоцитарная формула не меняется. Авторы на основании своих наблюдений рекомендуют после энергичного курса рентгенотерапии (уменьшение селезенки, падение лейкоцитов) спленектомию. Последняя противопоказана у нелеченных лейкомиков.

Заболевания брюшной полости и плеврит. (Zadek, Med. Klinik 1928 года № 6).

Самой частой причиной плевритов являются легочные процессы. Однако воспалительные процессы брюшной полости могут также по лимфатическим путям вызвать воспаление плевры, при этом симптомы заболевания брюшной полости могут отсутство-

вать в течение долгого времени. По наблюдениям автора наиболее частой причиной плевритов брюшного происхождения является necus ventriculi. Во всех случаях плевритов неясного происхождения необходимо тщательное исследование брюшной полости.

Отек рук и ног тиреогенного происхождения. (Presse medicale 1928 г. № 14). Pogniez и Rouguexs продемонстрировали в медиц. о-ве в Париже 32 летнюю женщину с нароставшим отеком рук и ног; конечности были цианотичны и холодны на ощупь. Вследствие отека движения в суставах затруднены. Кроме постоянной тахикардии, никаких отклонений от нормы. После длительного лечения тиреоидином все указанные симптомы полностью исчезли.

Лечение уремии гипертоническим раствором сернокислого натра: (Knud O. Moller, Klin. Wochenschrift № 4, 1928 г.). Автором было применено при уремии с большим терапевтическим успехом внутривенное вливание 450 к. с. 5% раствора Na_2SO_4 с последующим вливанием 450 к. с. физиологического раствора (диурез до 1600, падение азотемии, хорошее самочувствие).

Автор метод этот считает показанным в случаях, где уремия начинается внезапно без предшествовавших симптомов недостаточности почек. Следует испробовать его также при рефлекторной анурии и эклямпсии.

И. М. Липец

Ото-рино-ляринголоrия.

Tzanides: „Acute retrobulbäre Lhlegmone geheilt durch Propidon von Prof. Delbet" (Folia Oto-Zaryngol. Bd—28; H—7/9). „Острая ретробульбарная флегмона, излеченная Propidono'м". Сообщение случая излеченной ретробульбарной флегмоны, благодаря ин'екции Propidon'а, представляющего собой сыворотку из стафилококков, стрептококковых и иных культур. В подобных случаях обходятся без всякого местнаго лечения.

Caboche: „Primäre Larynx tuberculose nach bacillaren Septicämie" (Archiw Internat. de Laryngolog. usw, Bd—XII). „О первичном туберкулезе гортани". Возникновение гортанного tbc без предшествующих специфических изменений в легких—явление сомнительное, между тем автору пришлось наблюдать такой случай. Мужчина, 36 лет, заболел острым желудочно-кишечным расстройством; лихорадочное состояние. Через 5 месяцев после излечения—осиплость голоса. При ляринroскопии—туберкулезная инфильтрация правого черпаловидного хряща, и сине-красного цвета, величиной с чечевицу tumor с узелковой поверхностью под передней комиссурой. Микроскопически-типичные туберкулы. Одновременно таким же остро-лихорадочным гастро-энтеритом заболел 1½ летний ребенок этого же больного, у которого после выздоровления развилась на пальце типичная Spina ventosa. У отца не было ни малейших следов легочного заболевания, также и рентгеноскопически. Дальнейшее течение - благоприятное: после удаления разрощений из гортани—последние больше не появлялись. Общее самочувствие—прекрасное. Для об'яснения этого случая автор допускает как у отца, так и у ребенка, острое туберкулезное заболевание желудочно-кишечного тракта, откуда гематогенным путем tbc-ые бациллы занеслись в гортань, а у ребенка—в палец. Почему они осели именно под передней комиссурой—об'яснить трудно. Автор допускает возможность благоприятного расположения сосудов данной области, которая всегда резко гиперемируется напр. при трахеитах.

Pratt: „Resultate nach Operation an der Tonsillen" Archiw of Laryngolog. Bd—4; H—2); „О результатах операций на тонзиллах". Автор сообщает итоги собранной им анкеты среди 150 врачей-специалистов Сев.-Америк.-Соедин. Штатов о последующих результатах операций на тонзиллах, главным образом, после тонзил'эктомии. Анкета заключала в себе 14 вопросов. Сопоставляя все данные, можно сказать, что успех во многих случаях неудовлетворяющий. В тех случаях, когда больной совершенно освобождался от беспокоивших его до операции явлений, наступали после операции новые мучительные симптомы (часто вследствие рубцовых срощений). Иногда наступали, как довольно продолжительное явление, изменения в голосе ввиде осиплости. Даже самым опытным и искусным хирургам часто не удается совершенно освободить больного от его жалоб. Аденотомия, по данным анкеты, раньше пятилетнего возраста не должна производиться. Особенное внимание следует уделить послеоперационному лечению. Для достижения хороших результатов, необходимо детальное ознакомление и всестороннее исследование больного до операции.

Magnien. „Der klinische Wert der Radiographie des Schläfenbeins" (Archiw International de laryngolog. usw Dezember 1926). „Клиническое значение радиографии височной кости". При радиографии височной кости нужно различать отдельно 3 части: пирамидку, сосцевидный отросток и чешую. Для каждой из них существует отдельная, довольно подробно описанная и хорошо разработанная техника радиографии. В чешуе Рентген обнаруживает каждую расплавленную клетку, определяя. таким образом, заранее границы предстоящего оперативного вмешательства. По отношению к сосцевидному отростку изучение рентгенограмм подтверждает ту теорию, что эбурнеация—следствие бывших воспалительных процессов в кости. Нормой следует считать пневматический отросток. Разные стадии острого мастоидита выделяются на Рентгенограмме свойственными им характерными особенностями: в первой стадии воспаления клетки завуалированы, позднее же, они наоборот, просветляются вследствие происходящего в них процессов об'извествления. При эмпиэме отростка вся картина его стушована. При хроническом мастоидите тень сосцевидного отростка очень густая, обрисовка отдельных клеток пропадает—что особенно ценно для распознавания латентно протекающего процесса. Радиографическое исследование пирамидки дало весьма ценные результаты при травмах и опухолях Nevi acustici и мосто-можжечкового угла: при последних—Porus acusticus internus кажется значительно расширенным, сама кость пирамидки—порозной, край ее—не заострен. Sinus lateralis в норме неразличим. При патологических же изменениях он обрисовывается ввиде светлой полоски. При симптомокомплексе Gradenigo—верхушка пирамиды стушована. Весьма ценные указания дает нам Ренгенограмма при инородных телах. Особенно ценным для целей Рентгенографии оказался метод введения в мастоидальную полость смеси липонодола с висмутом для обрисовки границ разрушительного процесса, а также метод стереорадиографии. Все эти исследования произведены были в клинике Baldenweek'a в Париже.

Haardt. „Tonsilogene Parotitis" (Zeitschr. f. Laryngologie Bd—14; H—5). „Тонзилогенные паротиты". В 3-х случаях перитонзилярного абсцесса—автор наблюдал развитие паротита, который проходил через несколько дней после исчезновения воспалительных явлений в миндалике. Эти паротиты, без сомнения, явились следствием переноса инфекции из миндаликов. Путь проникновения инфекции, по автору, таков: из миндалика—в Spatium parapharyngeum, и отсюда через Fascia parotidea profunda с ее рыхлой клетчаткой, сообщающейся с ложем gl. Parotis, в самую железу.

Aschoff и Fuld. „Zur Frage der Otitis media bei Saügligen und kleineren Kindern" (Passows Beiträge Bd—23) „О средних отитах у грудных и у маленьких детей". При вскрытии 100 трупиков детей, умерших в различных больницах, в возрасте от 2-х недель до 5 лет, авторы обнаружили у грудных детей в 80% отиты, которые при жизни клинически ничем не проявлялись, между тем как у взрослых гнойные отиты встречаются значительно реже. В 77% отитов грудных детей возбудителем оказался пневмококк. В 16% отмечена в течение отита метастатическая инфекция крови, менингеальных оболочек, брюшины. В 3%—осложнения в виде мастоидитов и синус-тромбозов; и только в 32% болезнь ограничивалась лишь местными воспалительными явлениями в среднем ухе. В отношении времени развития отитов у детей авторы подметили 3 характерных периода: 1) относится к первым двум неделям жизни—это так назыв. Otitis media neonatorum. Вызывается он проглатыванием околоплодных вод во внутриутробном периоде; 2) относится к периоду кормления, преимущественно к 6-ому месяцу и вызывается смешанной инфекцией; 3)—к дошкольному периоду и вызывается проникновением инфекции из носа и носоглотки через Евстахиеву трубу.

Swierzynski: „Über adenoide Wucherungen nach eingetretener Pubertät (Polski Przegląd Otolaryngologiczny Bd—III; H—3/4). „Об аденоидных разрощениях в зрелом возрасте". В литературе существуют весьма разноречивые данные о периоде инволюции глоточной железы (Lannois, Festu, Escat, Fischer, Schmurlo, Meier, Mouret, Sendziak). Также нет единства мнений в вопросе о взаимоотношениях между глоточной железой и высотой нёба и состоянием желез внутренней секреции. Для выяснения этого, автор обследовал 350 солдат в возрасте 21—23-х лет. Среди них—250 человек (группа А) из отоляринголоrического отделения, а 100 (группа В) из терапевтического виленского военного госпиталя. Результаты обследования таковы: у 230 (65,7%)—глоточная железа отсутствовала; у 55 (15,7%)—незнач. размеров; у 44 (12,6%)—средней величины; у 21 (6%)—очень большая. Это из группы А. Из группы В—у 78 чел. железа отсутствовала; у 18 маленькая; у 4-х—средних размеров. Среди 120 с глоточной железой—высокое нёбо отмечено у 30 (25%); а среди 230—без железы у 31 (13%). Волосистость женского типа среди железованных с глоточной железой отмечена в 50%, а среди не имевших железы только в 25%. Отсюда автор сделал след. выводы:

1. Аденоидные разрощения в возрасте после 20 лет—весьма частое явление; при чем встречаются случаи средних и даже больших аденоидов. Среди обследованных потребовалось оперативное их удаление в 20%.

2. Значительный % аденоидов в этом возрасте встречается особенно среди ото-лярингологических больных.

3. Наличие аденоидов у взрослых—является указанием на известное расстройство желез внутренней секреции, особенно половых и гипофиза.

4. При наличии аденоидов Hypsisstaphylia встречается в 2 раза чаще, чем у лиц без аденоидов.

Riczardson: „Über bakteriologishe Untersuchungen von Tonsillenabstrichen„ (Archiw of oto-laryngology Bd—IV; № 2). „О бактериальной флоре миндаликов". Автором исследовано бактериологически 100 мазков, взятых с поверхности миндаликов, как у здоровых, так и у больных людей. В подавляющем большинстве случаев, найдены были стафилококки; реже пневмококки, псевдодифтерийные и бациллы сарцины.

Argefru: „Тяжелый случай рожи, излеченный Antipnrin'ом" (Folisoto-Laryngologica Bd—28; H—7/9). Сообщение о тяжелом случае рожи лица, который прошел после 4-х дневного лечения внутренними приемами Antipyrin'a—по 5,0 pro die ежедневно. Всякое другое лечение оказалось бесполезным.

Sekilawa: „Quarzlampenbehandlüng der Ozaena" (Folia Oto-Laryngol. Bd—28. H—7/9). „Кварц-терапия озены". В 19 случаях озены автор применил кварцлампу. Лампа находилась на расстоянии 45 сантим. от кончика носа. Каждый сеанс длился 5 минут. После 2-х- 3-х кратного облучения отмечалось резвое улучшение запаха. В тяжелых случаях озены, освещение кварцлампой оказывало значительно лучшие результаты, чем всякие другие методы.

Buch: „Über die Abtragung der tuberculöser erkrankten Epigllotis" (Zeitschr. f Hals-Nasen und Ohrenheilk. Bd—13; H—3; S—342). „Об удалении туберкулезно измененного надгортанника". В некоторых случаях--при цирротической форме легочного tbc, и изолированном повреждении надгортанника, вызывавшего значительные дисфагические явления, автор совершенно удалял его инструментами Миск'а. Никакого поперхивания после этого не отмечалось. На обор т, быстро исчезали дисфагические явления и улучшалось общее самочувствие. Описаны 3 случая.

А. Цукерман

РЕЦЕНЗИИ

Труды одонтологической клиники 1 МГУ. Выпуск первый, 1928 г. Москва 172 стр. Цена 2 р.

Необычайно отрадное впечатление производит вышедший на днях сборник работ одонтологической клиники I МГУ.

Первая часть этого сборника (97 стр.) посвящена вопросу о существовании обмена веществ в эмали зуба—вопросу о жизненности эмали--играющему, как известно, большую роль в разрешении проблемы этиологии кариеса зубов. В работах Васильева и Маневича, Хесиной, Лукомского и Рывкиной, совершенно отчетливо видно стремление подойти к интереснейшей и еще достаточно темной проблеме кариеса не путем поверхностных наблюдений, а с помощью тщательно выполненных экспериментов.

Чрезвычайно остроумно поставленные опыты над проницаемостью эмали и других тканей зуба для ионов хлора и для ионов кальция, над обменом аммиака в переживающих зубах дают возможность авторам притти к выводу о жизненности эмали и поставить тем самым под сомнение точку зрения Walkhoff'a, Williams'a и др. на эмаль, как на минеральную субстанцию.

К этой группе расположенных в первой части сборника работ примыкает отчасти работа Васильева из второй части сборника об изменении амилолитической силы слюны под влиянием вегетативных ядов: автор приходит к выводу, что развитие кариозного процесса зависит от нарушения нормального хода физиологических процессов в организме, а не от изменения химизма и количества секреции слюны.

Посвященная фиброматозу десен работа Безельмана сделана с большой тщательностью и это редкое заболевание освещено с достаточной ясностью. Интересна работа Суховольской по поводу реакции оседания эритроцитов.

Заканчивается сборник описанием прибора Аксельрода для починки фарфововых фасеток нес'емных золотых работ—прибора, обладающего достоинствами благодаря простоте конструкции.

Надо отдать дань редактору сборника проф. И. Г. Лукомскому, что поставленная сборником цель—отразить научную жизнь руководимой проф. Лукомским кафедры одонтологии I МГУ,—достигнута полностью. Физиономия сборника вполне отражает ту глубокую и серьезную научно-исследовательскую работу, которую ведет кафедра одонтологии I МГУ, освободившаяся уже, повидимому, от будней организационного строительства.

В прекрасное издание сборника вложено много любви и поэтому цена сборника расчитанного, повидимому, на небольшой пока круг работников (тираж 1000 экз.), интересующихся теоретическими вопросами одонтологии, приемлема.

Пожелаем скорейшего появления в свет дальнейших выпусков, а другим наши кафедрам посоветуем взять пример.

Доцент *И. М. Старобинский*

ОТЧЕТЫ

Усебеларуская Санітарная Нарада

З 16 па 20 лютага адбылася Ўсебеларуская Санітарная Нарада. У трэці раз, пачынаючы з 1926 г. сабраліся з усяе БССР санітарныя работнікі, каб абмеркаваць пытаньні санітарнага аздараўленьня Рэспублікі.

Асноўнымі пытаньнямі на гэты раз зьяўляліся: пэрспэктывы плян далейшага разьвіцьця санітарнай арганізацыі і санітарнае справы наогул, санітарнае заканадаўства, меры змаганьня з эпідэміямі, сельская вадазабясьпека і сельскае будаўніцтва, у прыватнасьці агнятрывалае і грамадзкае харчаваньне.

Бязумоўна, у параўнаньні з мінулым, ёсьць значныя дасягненьні ў разьвіцьці санітарнае справы, упяршыню ў умовах БССР, і санітарнага аздараўленьня Рэспублікі. Зараз санітарная арганізацыя мае 3 навуковыя Інстытуты: Сан. Гігіен., Мікрабіолёгічны і Сацыяльнай Гігіены, 42 санітарных дактары (гарадзкіх і раёных), у кожнай акрузе Сан. Бакт. лябараторыі. Есьць і іншыя дасягненьні за час савецкага будаўніцтва, але наперадзе яшчэ досыць вялікая і складная задача санітарнага аздараўленьня залюдненых месц, працы і быту працоўных, што зьвязана з далейшым узмацненьнем і пашырэньнем сеці санітарнае арганізацыі. Сучасны санітарны стан Рэспублікі ўяўляе сабой толькі як выхад з цяжкае санітарнае спадчыны мінулага. Эпідэмічнасьць усё яшчэ застаецца значнай. Праўдзівае санітарнае аздараўленьне шчыльна зьвязана і будзе палепшацца побач з разьвіцьцём агульна-аздаравіцельных мерапрыемстваў (кватэрнае будаўніцтва, палепшаньне вадазабясьпекі, наладжваньне ачысткі буйных залюдненых месц, упарадкаваньне іх, будаўніцтва лазьняў і інш.) і побач з культурным і эканамічным ростам Рэспублікі. Бяз гэтых мерапрыемстваў, так званай „шырокай профілактыкі“ ніякія іншыя меры змаганьня з эпідэміямі не дадуць станоўчых вынікаў.

Справа шырокіх аздаравіцельных мерапрыемстваў значна пасунулася ўперад як у гарадох, так і ў вёсцы і вызначаюцца шырокія пэрспэктывы на далейшае.

Агульны тэмп разьвіцьця савецкага будаўніцтва ставіць перад санітарнай арганізацыяй шэраг канкрэтных задач. Шырокія аздаравіцельныя мерапрыемствы вымагаюць уважлівага рэгуляваньня іх у санітарных адносінах, што з свайго боку вымагае адпаведнага кадру санітарных работнікаў з адпаведнай кваліфікацыяй. Нажаль, на сёньня гэтым пахваліцца не магчыма. Сець санітарнае арганізацыі яшчэ слаба, а цяжкія аб'ектыўныя ўмовы працы і нізкая аплата санітарных работнікаў, адбіваецца на ўкамплектаваньні санітарнае арганізацыі кваліфікаванымі работнікамі, асабліва гэта датыча гарадоў з іх шырокім будаўніцтвам. Патрэбы ў санітарным абслугоўваньні Рэспублікі значна ўзрасьлі і яшчэ ў большай меры ўзрастаюць.

Апрача санітарных работнікаў у нарадзе прымалі ўдзел працаўнікі іншых устаноў і арганізацый, у прыватнасьці НКЗему, Цирабсэкцыі і дырэктар Менскага Эльводу і інш. Толькі такім парадкам,— пры шчыльнай сувязі з іншымі ўстановамі і шырокай грамадзкасьцю

санітарная арганізацыя можа больш дакладна вызначыць праўдзівы шлях аздараўленьня Рэспублікі.

Па справе сельскага будаўніцтва і палепшаньня вадазабясьпечаньня вёскі адзначана шэраг дасягненьняў. Дзякуючы дзяржаўнай дапамозе, вёска ня толькі паляпшае сваю гаспадарку, але аздараўляе свой быт і працу. Асаблівая ўвага зьвернута была на палепшаньне вадазабясьпекі і на агнятрывалае будаўніцтва. Па гэтых пытаньнях адзначана, што ў далейшым трэба зьвярнуць увагу на вывучэньне гэтае справы ў умовах БССР, каб вызначыць праўдзівы шлях плянаваньня і разьвіцьця гэтых галін, асабліва агнятрывалага будаўніцтва. Хату трэба разглядаць як верхнюю вопратку і пасколькі гэта так, дык трэба, каб яна адпавядала здаровым умовам жыцьця.

Для правільнага і плянавага разьвіцьця вадазабясьпечаньня вёскі, апрача адсутнасьці дакладных даных санітарнага становішча яе не хапае яшчэ гідрагіолёгічных даных. Санітарнае вывучэньне вадазабясьпечаньня вёскі і агнятрывалага будаўніцтва яе зараз часткова вядзецца. Адсутнасьць сродкаў перашкаджае дасьледчай працы.

Шчыльная сувязь і ўзгодненасьць у гэтых мерапрыемствах органаў НКЗем з санітарнымі органамі НКАЗ зьяўляюцца неабходнымі для вырашэньня здаровага тыпу агнятрывалае хаты. Яшчэ будаўніцтва лазьняў на вёсцы было ўвагай у працы нарады. Аздараўленьне вёскі бязумоўна залежыць ад самадзейнасьці самаго насельніцтва, на што работнікі месц мусяць зьвярнуць вялікую ўвагу. Сыстэма самаабкладаньня насельніцтва ў значнай меры вырашае гэтыя задачы.

Грамадзкае харчаваньне таксама значна пасунулася ўперад. Але яшчэ ёсьць шмат і хібаў. Санітарнае становішча сталовак нездавальняюча, зусім слабая мэханізацыя іх, адзначаны калыханьні калёрыйнасьці (жыўнасьці) абедаў, яшчэ не дапасавана харчаваньне да патрэб асобных груп насельніцтва: нацыянальна-бытавых асаблівасьцяй, прафэсыйных, па ўзросту і інш. Слаба ахоплены грамадзкім харчаваньнем сэзонныя рабочыя, ёсьць патрэба ў большым ахапленьні рабочых непасрэдна на прадпрыемствах, вучняў і г. д. Але зараз грамадзкае харчаваньне пачынае наладжвацца: вядзецца лябораторнае вывучэньне ў Сан. Гігіен. Інстытуце якасьці абедаў, што дасьць магчымасьць устанавіць сталыя нормы іх, робяцца захады санітарнага палепшаньня сталовак, больш буйныя сталоўкі мэханізуюцца, проэктуецца ў Менску фабрыка-кухня і г. д.

Па пытаньнях змаганьня з эпідэміямі большая ўвага зьвернута была на тыфусы, шкарлятын і шаленства. Апрача вышэйадзначаных пытаньняў абгаварваліся пытаньні ачысткі гарадоў, палепшаньня вадазабясьпекі іх, кватэрнае будаўніцтва і санітарны нагляд у гэтым, а таксама нагляд за харчовым рынкам і санітарным палепшаньні яго.

Пад'агульваючы ўсю працу нарады, уагуле можна сказаць, што санітарная справа ўва ўсёй сыстэме Савецкага будаўніцтва гораду і вёскі шырыцца, а разам з гэтым шырыцца аздараўленьне працы і быту працоўных.

З. К. Магілеўчык

1-й Всесоюзный с'езд психиатров и невропатологов

(Москва 18–24 декабря 1927 г.)

На с'езд собрались 288 невропатологов и 475 психиатров. Присутствовали два немецких профессора: Якобсон-Ласк и Леви. Пять дней было посвящено программным темам: 1) экзогенные формы нервных и душевных болезней, 2) нейролюэс, 3) эпилепсия, 4) профилактика и организационные темы, 5) высцеральная семиотика при органических заболеваниях нервной и психической сферы. Шестой внепрограммный день был проведен по пяти секциям. В этой заметке мы остановимся лишь на сообщениях, имеющих более широкий интерес.

Проф. *Аствацатуров* (Ленинград). „Экзогенные заболевания н. с.". Всякая болезнь есть сочетание внешнего воздействия и реакции организма. Ц. н. с., будучи хорошо изолирована, не приобретает достаточно развитых защитных приспособлений (гематоэнцефалический барьер). Из главных форм защитных реакций: 1) барьерной, 2) уничтожающей уже проникшую вредность, 3) восстановительной, в ц. н. с. резко выражена лишь первая. Под этим углом зрения докладчик рассматривает реакции организма на вредности (инфекционные, токсические, аллергические и т. д.).

Проф. *Франк* (Днепропетровск) подходит к экзогениям с точки зрения конституциональной психиатрии.

Доклад проф. *Гиляровского* (Москва). „Генез и структура экзогенных заболеваний" был в общем построен на физиологической интерпретации экзогенных заболеваний психики. Клиническое описание нужно вести параллельно с изучением процессов нервной системы в уровень с современной физиологией.

Брусиловский (Москва), *Бруханский* (Москва), *Сегалов* (Москва). „О землетрясении в Крыму". Синдром землетрясения состоял из тахикардии, побледнений лица, тошноты, невроза ожидания, расстройств сна. Женщины реагировали сильнее. У детей младшего возраста выступали больше соматические реакции. Наблюдавшиеся явления авторы об'ясняют диамизом, частичной декортикацией.

Д-р *Максутов* (Казань) доложил о токсидемии эрготизма, поразившей 14.000 человек. Кроме тонических судорог, исследование н. с. давало „синдром tabes'a" (когда то говорили об эрготинтабесе).

Проф. *Краснушкин* (Москва) в докладе о психогениях строит классификацию не на синдромах, а на биопсихопатологических реакциях: 1) психогенные реакции глубинной личности с плохим результатом, 2) истерические реакции, 3) истинные психопатологические реакции.

Аммосов (Баку) сообщил о клинике и гистопатологии атипичных форм эпидемического энцефалита с поражением периферического неврона.

Заслуживают внимания практических врачей выводы докладчиков по поводу лечения прогрессивного паралича малярией: все отмечали

длительность ремиссий; полные ремиссии в среднем наступают у 35%—40% всех леченных.

Минор Л. (Москва) в докладе об эпилепсии пропагандирует идею коллективной борьбы с эпилепсией (социальным бедствием). Необходима организация Всесоюзной Лиги борьбы с эпилепсией, как части международной Лиги (Амстердам 1909).

Коротнев в докладе „Терапия эпилепсий" выдвинул за основу буру, люминаль, бром. Люминаль при обрывании легких может дать status epilepticus.

Никитин, *Брусиловский*, *Розенштейн* по вопросам профилактики нервных и душевных болезней выдвигали диспансерный метод, касались вопросов алкоголизма (опыт С.-А. С. Ш.), указывали на необходимость научной постановки профилактической работы в противовес наблюдающемуся иногда „партизанскому" применению профилактики, сбивающейся на амбулаторный тип работы. Учет психо-гигиенических факторов необходим в работе театров, вузов, красной армии, мест заключения и т. д.

Гринштейн (Харьков) в докладе „Висцеральная семиотика органических заболеваний н. с." указал на важность изучения и исследования пиломоторных, вазомоторных и секреторных расстройств для тонической диагностики.

Ратнер (Ленинград) в докладе „Висцеральная семиотика заболеваний психической сферы" отвергал полное соответствие между висцеральными синдромами и современными нозологическими единицами в психиатрии.

Д-р *Минор В.* (Москва) сообщил о своем иодно-крахмальном методе, позволяющем очень демонстративно (показано на диапозитивах) и тонко выявлять потовые зоны.

Проф. *Бехтерев* и *Срезневский* предложили новый метод коллективного лечения (гипнозом) больных хронич. алкоголизмом. Из Белоруссии невропатология и психиатрия были представлены докладами проф. Кроля, Ленца и д-ров Федоровой, Маркова, Смирнова, Лобача.

Д. Марков

Краткий очерк деятельности Научного Общества Минских врачей за последние 10 лет*)

(1917—1927 г.)

Заканчивая обзор 50-летней деятельности Общества Минских врачей (см. „Белар. Мэд. Думка" за 1927 г. № 9—12), мы говорили, что в конце 1917 г., когда О-ву минуло 50 лет, оно постепенно стало хиреть. Крутой перелом, совершившийся во всех областях жизни, в идеологии и психологии русских людей, новые широкие задачи, необ'ятные горизонты, открывшиеся пред русским обывателем, ставшим гражданином—все это отодвинуло маленькие интересы врачей на задний план. О-во находилось в полной прострации и в лучшем случае болталось между ног или цеплялось за выделенный им профессиональный союз врачей. И последний при немецкой и польской оккупациях влачил жалкое существование. О-во воскресло и возродилось лишь в январе 1922 г., когда советская власть утвердила устав, придав О-ву название „Научное". С этого момента начинается 1-ая глава II тома истории Общества Минских врачей. Мы, следоват., можем говорить о деятельности О-ва за последние шесть лет.

Предварительно мы остановимся на *личном составе* О-ва и на некоторой *организационной работе*, которую оно проделало.

К концу истекшего года *Правление* О-ва состояло из следующих лиц: почетный председатель—*д-р мед. О. Л. Лунц*, председатель—*проф. И. Т. Титов*, члены правления—*проф. Ф. О. Гаусман, проф. С. М. Рубашев, проф. М. П. Соколовский, д-р Ю. Я. Тургель и д-р Е. И. Эпштейн*, библиотекарь и казначей *д-р С. В. Балковец* и секретари *д-р М. А. Поляк и д р М. Н. Шапиро*.

Почетным членом О-ва из местных врачей, кроме д-ра Лунца, состоит *д-р С. Н. Урванцов*, а из иногородних—заслуж. *проф. Д. О. Отт*. С остальными иногородними почетными членами О-ва утеряна всякая связь.

В конце этого года О-вом избран в члены—корреспонденты *д-р Гольдблат*, переехавший на новое место службы в г. Харьков.

Действительных членов в настоящее время имеется 155.

С прискорбием должны отметить, что за истекшее 10-летие О-во лишилось следующих своих членов: *врачей Панского, Шпаковского, Иоэльсона, Ульянова, Розенберга, Гатовского, Пилемана, Яновского, Яхнина, Вильнера, Юнггерца, Липманова, Моргулиса, П. С. Рубенчик и Л. Я. Поляка*. Четверо из них умерли на посту от сыпного тифа.

С первого дня возрождения О-ва Правление его находилось в полном контакте с Бюро врачебной секции. Обе эти организации в течение всего 1922 года работали совместно и согласованно.

Но с течением времени, по мере разграничения функций О-ва и секций, эта связь ослабела и наконец совсем прервалась. Однако два

---

*) Доклад сделан на торжественном заседании Научного Общества Минских врачей по случаю 60-летнего юбилея О-ва.

года тому назад О-во вновь постановило завязать сношения с Бюро, предложив последнему прислать своего представителя для постоянного участия в совещаниях Правления. Бюро врачебной секции почему-то не откликнулось на это предложение.

В феврале истекшего года предс. Союза МСТ *т. Ценципер* предложил О-ву обсудить вопрос об организации при союзе научной ассоциации для культурного обслуживания специалистов—членов союза. Правление О-ва, заслушав тезисы доклада д-ра Маршака по этому вопросу, из'явило готовность вступить в число членов ассоциации, содействовать ее организации и работать в намеченном докладчиком направлении, выразив пожелание и надежду, что общая структура О-ва врачей, в интересах самого дела, не подвергнется каким-либо изменениям. Вопрос еще не получил своего окончательного разрешения, но надо думать, что О-во так или иначе свяжется с профсоюзными органами, не потеряв присущих ему прерогатив и не потерпев какой-либо ломки *.

В Правлении О-ва часто возникал вопрос о сближени с периферией и оно решило поэтому созвать Всебелорусский научный с'езд врачей, подобно областным с'ездам в других республиках нашего Союза. К сожалению, эта попытка окончилась неудачей. Но оно уже завязало сношения с Научным Медицинским кружком, недавно образовавшимся в Борисове по инициативе нашего бывшего члена О-ва *д-ра Перельмана*. Правление О-ва, получив приглашение на открытие этого кружка, делегировало на его первое заседание трех своих членов. Установлена таким образом живая связь между врачами Минска и Борисова, которую наше О-во будет всемерно поддерживать. Такую же связь Правление решило установить и упрочить с другими научными кружками нашей периферии.

Заслуживает внимания еще одно постановление О-ва, а именно: ежегодно выдавать денежную премию имени д-ра Яновского за лучший доклад, который будет представлен членом О-ва—врачем. Одна такая премия за 1926-ой год уже выдана *д-ру Иргеру* за его доклад: „Влияние перевязки vas deferens на простату".

О-во реагировало также на некоторые *политические события*, происходившие в нашем Союзе и за его пределами. Оно чтило память скончавшихся вождей революции; оно также выносило резолюции протеста против таких деяний наших врагов, которые вызывали чувство возмущения и негодования среди трудящихся нашего Союза.

В прошлом очерке мы проследили деятельность О-ва на протяжении 50 лет, выразившуюся в научной работе, в разработке вопросов общественной медицины и санитарии, в проведении различных мероприятий практического характера, в содействии организации городской и земской медицины, в политической борьбе с царским режимом и, наконец, в защите профессиональных интересов и охране устоев врачебной этики.

С возрождением О-ва характер его деятельности резко изменился. О-во сошло с некоторых рельс и стало на одноколейный путь, на путь почти исключительной *разработки вопросов научной медицины*. Да иначе и не могло быть: при одновременном существовании профсоюза „Медсантруд" и его врачебной секции у О-ва выпала такая функция, как защита профессиональных интересов своих членов,

---

[1]) Этот вопрос находится в настоящее время в стадии обсуждения, разработки деталей и проведения в жизнь в той форме, что деятельность О-ва значительно расширяется и будет протекать под идейным руководством Союза МСТ и в тесной связи с Врачебной Секцией и органами здравоохранения. *М. П.*

вопросы врачебного быта, врачебной этики и т. п. С развитием органов здравоохранения и при их лихорадочной деятельности у О-ва выпала другая функция, как обсуждение и разработка вопросов строительства, медико-санитарной и общественной медицины; оно также лишилось роли ученого медицинского совета. Весь материал по этим вопросам сосредоточился в органах здравоохранения, попадал на с‘езды, конференции и совещания, устраиваемые Союзом, Наркомздравом, Окрздравом, Страхкассой и в большом количестве печатался на страницах „Белар. Мэд. Думкі".

Несмотря на то, что от О-ва ускользал весь этот богатый материал, оно все таки за последние 6 лет заслушало *свыше 40 докладов по эпидемиологии и общественной медицине*, которые вызвали живой обмен мыслей. За этот период времени разбирались вопросы о распространении в Белоруссии, в частности, в Минске, и о мерах борьбы с тифами, скарлатиной, малярией, гриппом, туберкулезом, бешенством, трахомой и т. п. В О-ве шла речь о зобе в Белоруссии, о риносклероме, об эпидемическом энцефалите, об одной эпидемии полиомиэлита, о распространении венерических болезней. Дебатировался вопрос об абортах, была дискуссия о современных задачах санитарной организации. Были интересные доклады о физическом развитии детей в Минске, о путях микробиологии, о роли врача в государственном строительстве, о добровольных и экспериментальных заражениях врачей венерическими болезнями, о заболеваниях медперсонала Минского округа, о спорте и сердце, об обновлении икон и церковных куполов в психиатрическом освещении и, наконец, в последнем заседании, которым закончилось 60-летие существования О-ва, был заслушан доклад т. Барсукова о Ленине и советском здравоохранении.

Из этого неполного перечня докладов по общественной медицине видно, что многие из них имели *краеведческий характер*.

Нельзя не отметить, что О-во посвятило несколько заседаний памяти Пастера, Листера и Вирхова; были охарактеризованы эпохи и личности Пирогова, Бильрота и Бира; некоторые заседания были посвящены памяти некоторых членов О-ва (д-ров Яхнина, Липманова, Рубенчик и Л. Я. Поляка).

За отчетный период времени О-во заслушало также много отчетов о разных всесоюзных и областных с‘ездах и о заграничных поездках наших членов.

В общем за последние 6 лет О-во собиралось 122 раза. На этих 122 заседаниях заслушано было *216 докладов* и сообщений и сделано *155 демонстраций* больных и препаратов.

При распределении их на отдельные дисциплины приходится на:

	Докладов	Демонстраций
Внутренние болезни	38	37
Хирургические	61	67
Смежные области хирургии и внутр. болезней . . .	4	—
Эпидемиологию и общественную медицину	41	—
Акушерство и гинекологию . .	7	3
Детские болезни . .	3	—
Невропатологию и психиатрию .	9	6
Кожные и венерические болезни .	12	9
Глазные болезни	12	13
Болезни уха, горла, носа . .	7	16
Физиологию, патологич. анатомию .	12	2
Рентгенологию	3	2
Бальнеологию	2	—
Varia	5	—
Всего . .	216	155

Если проследить научную работу О-ва по отдельным годам, то можно убедиться, что она росла из года в год, что с каждым годом число заседаний увеличивается и множится количество докладов и демонстраций. Научная работа стала разбухать на счет атрофировавшихся и впоследствии совершенно выпавших вышеупомянутых его некоторых функций. Взамен этих функций, которые оно раньше выполняло, оно получило компенсацию в виде научных докладов из разных отраслей медицины. Эту работу оно стало получать из нового, свежего, могучего источника—из медицинского факультета БГУ, которым наш город к тому времени обогатился. В жилы О-ва влилась могучая струя, которая освежила и подняла его силы.

Уже к концу 1922 года в О-ве появились первые ласточки, возвещавшие о близости его расцвета, в виде первого доклада из терапевтической клиники *проф. Мелких (д-р Р. Е. Гинзбург)* и демонстраций из хирург. клиники *проф. Соколовского* и из патолого-анатомического института *проф. Титова*. Дальнейший приток квалифицированных сил из высшей медицинской школы способствовал еще большему расцвету О-ва. Все клиники, лаборатории, Пастеровский, патолого-анатомический институты, туберкулезный диспансер, рентгеновский кабинет и др. вносят в О-во весь свой проработанный и отборный материал, все свои наблюдения, изыскания и достижения по экспериментальной, теоретической и клинической медицине.

На 60-летней истории О-ва можно проследить историю развития медицинской науки, ее крупные успехи и все достижения медицинской мысли. Если у врача 60 лет тому назад к его услугам были лишь термометр, стетоскоп, плессиметр и в редких случаях пробирка, то в настоящее время в его распоряжении имеется целый арсенал различных приборов и приспособлений для лабораторных и клинических методов исследования; он для этих целей пользуется и микроскопом, и цистоскопом, и сфигмографом, и электрокардиографом, и термостатом, и микротомом и многими другими приборами, не говоря уже о рентгене, занявшем такое видное место в области диагностики и терапии. Современный врач имеет возможность пропускать свой материал через разные „мастерские", где он в руках специалистов подвергается обследованию, изучению и фильтрованию, а затем в законченном виде представляется в наших заседаниях для коллективного осмотра и оценки.

А доклады, с которыми приходили члены О-ва на заседания, полны интереса. При сравнении их с тем легковесным багажем, который доставлялся в былые времена, можно только удивляться тому прогрессу, тем гигантским шагам, какие проделала медицина за последнее время, а тем более за последние 60 лет. Если тогда врач приходил в О-во и рассказывал своим товарищам о том, как он лечит туберкулез креозотом, то теперь *д-р Лунц и д-р Маршак* рассказывают нам о результатах лечения Tbc наложением искусственного пнеймоторакса. Когда-то врачи демонстрировали всякий случай Верльгофьевой болезни, а сейчас из клиники *проф. Мелких* читают нам целые трактаты по гематологии и показывают больных, выздоровевших от удаления у них селезенки. 60 лет тому назад врачи показывали друг другу анализы мочи на белок и сахар, а теперь сотрудники *проф. Гаусмана* проникают зондом во всевозможные отделы желудочно-кишечного тракта и показывают нам всевозможные анализы секретов и экскретов человеческого организма. 60 лет тому назад редко кто заглядывал в область невропатологии и психиатрии, а недавно *проф. Ленц и д-р Смирнов* показали нам новый метод исследования

условных рефлексов. То же можно сказать и о других клиниках. Что касается хирургии, то ее представители обогащали О-во своими докладами и демонстрациями в количественном и качественном отношении. В первых протоколах О-ва за 1867 год имеется доклад под названием: „Случай излечения осложненного перелома бедра", а теперь *профессора Соколовский и Рубашев* почти на каждом заседании демонстрировали нам, как далеко и в какую глубь проникает их хирургический нож. Не так давно *д-ра Корчиц и М. Шапиро* сообщили нам, как они зашивали раненое человеческое сердце и как оно трепетно билось в их руках. 60 лет тому назад, вероятно, еще не знали термина „аппендицит", а сейчас *проф. Рубашев* в течение последних лет знакомит нас со всеми деталями этой болезни, с ее родственной связью с заболеваниями желчных путей, с метастазами, которые она рассеивает по человеческому организму, и с другими ее капризами.

Излишне говорить о докладах, выходящих из *Пастеровского Института* и питающих наших членов последними достижениями по бактериологии и эпидемиологии.

Я все это привел не с той целью, чтобы показать, какие успехи сделала медицина за последние годы. Я остановился на этом лишь потому, чтобы отметить и учесть ту большую научную работу, которая прошла через О-во врачей за последние 6 лет.

Кроме вышеназванных, высокопробных, докладов в заседаниях О-ва возбуждали большой интерес и вызвали живой обмен мыслей также *доклады больничных, районных и амбулаторных врачей.* И они приходили в О-ва и делились своими наблюдениями и впечатлениями, которые они выносили непосредственно у постели больного, где они соприкасались с самой жизнью, с обстановкой и с условиями, порождающими различные заболевания. Правда, они не проверяли ритма сердца у больного при помощи электрокардиографа, но на основании своего долголетнего опыта и своей интуиции все же приходили к ценным практическим выводам.

В актив О-ва надо внести еще один немаловажный момент. За эти 6 лет подросло студенчество. Из последнего уже вылупились молодые врачи. Как те, так и другие являются усердными посетителями заседаний О-ва и жадно прислушиваются к каждому слову своих учителей и своих старших братьев. Заседания О-ва являются, таким образом, *повторительными курсами и для молодняка.* В то же время они могут считаться *курсами для усовершенствования* многих уже поседевших врачей, воспитанных в старых научных традициях.

Из этого отчета можно сделать вывод один: *Научное О-во Минских врачей за последние 6 лет значительно выросло и развилось.* Оно растет и развивается, несмотря на существующие рядом медицинские секции при БГУ и при Инбелкульте, несмотря на обилие конференций при разных клиниках и институтах. Выпирающая из всех пор и рвущаяся наружу научная медицинская мысль уже не укладывается в рамках одного О-ва врачей. Она требует уже увеличения своего масштаба и расширения сферы своей деятельности. Она из центра рвется уже на периферию. Она собирается еще ближе подойти к врачебным массам, она стремится об'единить их путем согласованной работы с союзными и здравоохранительными органами.

На торжественном заседании возродившегося 6 лет тому назад О-ва врачей в приветствиях, принесенных тогда О-ву, были высказаны определенные пожелания. При составлении настоящего отчета вставал вопрос, выполнило-ли О-во эти пожелания, оправдало-ли оно возлагавшиеся на него надежды. На этот вопрос мы без колебаний можем ответить утвердительно.

Так, *т. Кнорин* высказал тогда пожелание, „чтобы русская интеллигенция, в частности врачи, которые во время октябрьского переворота выпали из общественной жизни, примкнули к советской общественности". Теперь можно сказать, что врачи в подавляющем большинстве своем это сделали и старые исторические традиции переливают в новые формы.

Ректор БГУ *В. И. Пичета* и тогдашний декан медфака *проф. Беркенгейм* пожелали, „чтобы научные силы О-ва влились в юный университет и чтобы университетские силы связались с О-вом". Это пожелание выполнено на все 100%: О-во и университет крепко и прочно спаялись.

Бывший в то время Наркомздрав *т. Сенкевич* радовался возрождению О-ва и выразил пожелание, „чтобы подобные О-ва образовались и в уездах". Его пожелание исполнилось: почти во всех округах имеются в настоящее время научные медицинские кружки.

Бывший тогда Наркомпрос *т. Игнатовский* выразил надежду, что „наука спустится вниз в белорусскую вёску, в пролетарско-крестьянские условия, где живет еще знахарь". Члены О-ва это делали: *сотрудники проф. Эльберта* целыми месяцами обходили берега Припяти, боролись с тьмой и невежеством, воюя с бешенством собак и назойливостью комаров. *Д-р Хазанов*, часто с риском для жизни, обходил крестьянские хаты и вылавливал больных полиомиэлитом. *Д-р Фельдман* долгое время рылся в носах, *д-р Дворжец* в глазах белорусских крестьян, один—отыскивая склерому, другой—трахому. И все они о своих достижениях, перспективах и планах борьбы с социальными недугами докладывали О-ву врачей.

От имени молодых врачей выступил с приветствием *д-р Рубинчик*, который в возрождении О-ва видел освобождение научной мысли от оков царского режима и выразил надежду, что оно, подобно выпущенной на свободу птице, широко расправит свои крылья: О-во не только расправило крылья, но сделало много высоких полетов.

Итак, О-во врачей почти целиком *оправдало возложенные на него надежды* и выполнило предстоявшие ему задания. Оно за последние 6 лет не только ожило, но и окрепло и жило. И это немудрено: если О-во жило во времена Катковщины, если оно проявляло жизнь под тяжелым сапогом Александра III, если оно благополучно миновало Сциллу и Харибду во времена Плеве и Зубатовщины, то что удивительного в том, что при советском режиме оно не только живет, но и процветает. При советской власти науке дан полный простор и полная свобода. В Советской России научным работникам даны все гарантии для развития научной мысли.

На днях *т. Барсуков* цитировал нам слова В. И. Ленина, который завещал внимательно и бережно относиться к научным работникам. Мне еще вспоминается следующее изречение т. Ленина: „одна хорошо работающая лаборатория полезнее десятка наших советских учреждений".

Следует-ли после этого сомневаться в том, что Научное О-во Минских врачей, как и другие научные общества, будут жить, расти и процветать.

С этой надеждой и с этой уверенностью О-во вступает сегодня в 61-й год своего существования. Оно ожило, живет и будет жить, ибо оно должно жить.

М. А. Поляк

Научное Общество Минских врачей

(1927-ой год)

XIII заседание (22-го октября). 1) *Д-р Круковский демонстрировал* больную с Scleroma respiratoria (из клиники проф. Бурака). Опасность удушения. Laryngofissura с очисткой трахеи от склеромных разращений.

2) *Д-р Рубинчик*: Краткое сообщение о блестящем действии *антискарлатинной сыворотки* в 5-ти случаях. Ввиду краткости сообщения и малочисленности случаев прения не происходили, а предложено детским врачам и клинике поделиться с О-вом теми наблюдениями, которые они вынесут в течение нынешней эпидемии.

3) *Проф. Эльберт: О методах борьбы с заразными болезнями в Зап. Европе.* Самый строгий и правильный учет этих заболеваний. Самое тщательное изучение распространения инфекции и ее течения. Периодический осмотр школ, казарм, приютов, и т. п. Меры изоляции больного. Бесплатный отпуск сывороток. Методы специфической профилактики. Принципы общей профилактики: водоснабжение, очистка молока, бани и проч.—все отвечает всем требованиям гигиены. Докладчик получил все эти данные во время своего пребывания в течение этого лета в Австрии, Германии, Франции, Дании и Польше.

4) *Д-р Дихтяр: Положение охраны труда и социальное страхование в Германии.* Во главу мероприятий по охране труда ставится проведение мер по ограждению от повреждений и профвредностей на самом предприятии. Этому вопросу уделяется большое внимание, так как цифра повреждений на предприятиях еще очень велика. Описание методов мойки и наполнение бутылок на пивоваренных заводах, способов окраски, исключающих возможность распыления ядовитой краски и т. п. Описание раздевален, ванн и душей на некоторых заводах. Столовые и кофейни при них (обед со сладким блюдом около 25 коп.) Подача медицинской помощи после полученного повреждения: через 2 минуты пострадавший уже отвозится в больницу в санитарном автомобиле.—Фабзавкомы служат в помощь предпринимателю: для предохранения от забастовок, для выработки правил охраны труда и т. п. На больших предприятиях, где заняты тысячи рабочих, имеются соц.-политические отделы, ведающие домами отдыха, яслями, школами и другими учреждениями.

Социальное страхование проводится по всем видам: по болезни, инвалидности и несчастным случаям. Пособия по безработице выплачиваются особыми отделами (выплачивается около 12% жалованья рабочего).

Страхкасс имеется 4 вида. Бюджет всех страхкасс Германии равен 1 миллиарду марок. Лечебные учреждения страхкасс обставлены скверно, но в них ведется большая работа. Имеются социально-гигиенические академии. Заканчивая свое сообщение, докладчик констатирует, что нынешнее стремление соц. гигиены—подвести под эту науку социально-биологический фундамент и из гигиены обездоленных превратиться в гигиену трудящихся.

XIV заседание (29-го октября). 1) *Проф. Рубашев демонстрировал* больную с частичным гигантизмом конечностей.

2) *Д-р Перельман демонстрировал* случай Phlebitis migrans. Это редкое заболевание, вначале поражающее вены, переходит впоследствии и на артерии. Этиология неизвестна. Часто кончается ампутацией.

3) *Д-ра Василевский и М. Хургин: Клиническое значение исследования желудочного сока натощак*: Речь идет о пробе проф. Гаусмана. Больному накануне вечером дается пробный ужин, состоящий из тарелки рисовой каши или из другой крахмальной крупы. Через 12 часов больному выкачивается натощак желудочный сок в лежачем положении. Получаемому содержимому дают отстояться, жидкую часть сливают, а к остатку прибавляют несколько куб. см. Люголевской жидкости, отчего вся масса окрашивается в желто-бурый цвет. Последняя взбалтывается и к ней доливают дестиллированную воду, пока не получается прозрачная, желтоватого цвета, жидкость. В случае присутствия крахмальных зерен, последние окрашиваются Люголем в синий цвет и плавают в виде мелких зерен, величиною в булавочную головку или просяное зерно, а слизь окрашивается в желтый цвет. Эта простая проба дает возможность макроскопически обнаружить минимальные остатки крахмальной пищи.—Результаты вышеуказанной пробы были проверены докладчиками на 500 больных в госпит. терапевт. клинике и привели к следующим выводам:

1) При гастроптозе, атонии и гиперсекреции Lugol'евская проба натощак—отрицательная.

2) Положительная проба несомненно указывает на Stenosis Pylori, пилороспазм и реже на нишу или кратерообразное углубление в злокачественной опухоли.

3) Причина спастического сокращения Pylorus'а может находиться в самом желудке (Uclus pylori, duodeni) или вне его, напр., при холецистите.

4) Повторное применение этой пробы может служить дифференциально диагностическим признаком между механическим и функциональным сужением.

5) Люголевская проба обнаруживает минимальные крахмальные остатки в тех случаях, где рентгеноскопия ничего не обнаруживает.

6) Эта проба, ставящая себе целью определение моторной функции желудка, не является симптомом определенного заболевания, но наряду с другими симптомами может иметь решающее диагностическое значение.

Прения: *Д-р Л. Хургин* отмечает ценность этого способа для участкового врача своей простотой.

Д-р Тургель указывает на то, что через 12 часов желудок не всегда бывает пуст. Наличие же остатков пищи после выкачивания и промывания желудка возможно при пилороспазме.

Д-р Флекель. Доклад рассматривает только двигательную функцию желудка, в то время как секреторная деятельность совершенно не оттенена. Случаи пилороспазма совершенно не убедительны и случаи эти не проверялись операцией. Оппонент проверял эту пробу на 34 совершенно здоровых людях; из них 23 дали положительную пробу. Все это заставляет подойти к этой пробе с большой осторожностью.

Д-ра Чарно и Моносзон отзываются об этой пробе положительно.

Докладчики, отвечая обоим оппонентам, указывают, что эта проба отнюдь не является абсолютным диагностическим средством, но что она служит большим подспорьем в диагностике органических заболеваний желудка и должна быть рекомендована широкой массе врачей.

Предс. проф. Гаусман изложил историю возникновения этой пробы и отметил, что в целом ряде случаев, где все методы исследования не давали определенных указаний, эта проба всегда помогала точному установлению диагноза.

XV заседание (12-го ноября). 1) *Д-р Перельман: К клинике и хирургическому лечению грыж в детском возрасте.* На основании материала детских грыж, оперированных за 3 года в 1-й хирургической клинике и за лето 1926 г. в Горецкой больнице, докладчик подвергнул критике те соображения, которые заставляют педиатров и хирургов так сдержанно относиться к хирургическому вмешательству у детей. Вместе с тем докладчик остановился на описании технических деталей операций грыж вообще и у детей в частности.

Разобран материал 43 случаев грыж у детей, из коих до 1 года оперировано 9 случаев. Смертности у оперированных не было, кроме одного случая ущемленной грыжи с гангреной кишки. Дети легко переносят наркоз и операцию, а грудные дети могут быть оперированы даже амбулаторно. Все эти данные, а также хорошие ближайшие и отдаленные результаты позволяют и обязывают хирурга чаще прибегать к оперативному вмешательству у детей при лечении грыж.

Прения. Д-р Шапиро, соглашаясь с положениями докладчика, полагает однако, что многие грыжи у детей не требуют оперативного вмешательства, ибо, если они небольшой величины, то они сами заживают. Правда, что дети легко переносят наркоз, но нельзя отрицать, что у некоторых детей наблюдается шок. Оппонент обращает внимание на два момента: а) при операции необходимо Trendenburg'ское положение, ибо при кашле может разорваться тонкий мешок. б) не надо так тщательно закрывать паховое кольцо, как у взрослых. Рецидивы бывают крайне редко. Послеоперационный прогноз хороший.

Д-р А. И. Гуревич высказывается против операции грыж у детей до одного года. Операция ведь не есть невинное вмешательство; она может нарушить провильное питание ребенка и повлиять на его общее состояние. В этом возрасте можно обходиться бандажем или чем-нибудь другим. Указание родителей на частое ущемленная грыжи не может служить показанием к операции, так как ущемленная грыжа, легко вправляющаяся, указывает на тенденцию к зарастанию канала.

Д-р Рубинчик видит ценность доклада в том, что он рассеивает у публики и врачей предрассудок и боязнь оперировать грыжи у детей. Дети в раннем возрасте легко переносят инсульты а, следовательно, и операции.

Д-р Л. Шапиро утверждает, что ущемления грыж у детей очень часты и что результаты операции бывают блестящие.

Д-р А. И. Гуревич, на основании авторитетных мнений настаивает, что до одного года не следует травматизировать ребенка, так как грыжи в этом возрасте склонны к самозаживанию.

Докладчик утверждает, что шока и асфиксии от наркоза он не наблюдал и что для осторожности не употреблять больше одного грамма хлороформа. По вопросу о показаниях к операции большинство хирургов не устанавливает у детей никаких граней в отношении возраста.

2) *Д-р Мангейм: Хирургическая помощь в детском возрасте.* Материал за 5 лет из госпит. хирургич. клиники. 307 больных, 214 операций. Одна треть – дети до 5 лет. Умерло всего 11, из коих 9 после операции (4,1%),—Грыжесечений—35. Пупочные грыжи, не поддающиеся консервативному лечению в течение полугода, должны опери-

роваться. Паховые грыжи лечить бандажем до 2—3-летнего возраста.— Переломов 54, больше всего бедра. Лечение вытяжением по Schede,— Аппендицитов—26. Операция в 18 случаях. Показания к операции широкие. По отношению к плевритам не следует увлекаться пункциями и не надо оттягивать момента резекции, так как дети подвергаются интоксикации, а пункции кроме того дают предрасположение к образованию сращений,—6 случаев Jleus'a.—В заключение докладчик отмечает, что детская хирургическая помощь имеет свои особенности, требующие педиатрического уклона от хирурга, и поэтому этой помощи должно быть отведено подобающее место.

Прения. Д-р Перельман предостерегает от смазывания перед операцией кожи ребенка иодом, который вызывает у детей различные эритемы и экзему. Достаточно натирать спиртом. Гнойные плевриты большей частью излечиваются пункциями. Косолапость рекомендуется лечить ортопедически.

Д-р А. И. Гуревич согласна с тем, что при гнойных плевритах долго пунктировать и „риванолить" не следует; нельзя медлить торакотомией.

Д-р М. Шапиро не находит большой разницы между детской хирургией и хирургией взрослых: и там, и здесь те же принципы и почти те же оперативные приемы. Лишь ортопедию можно отнести к детской хирургии. Что касается плевритов, то целесообразна так называемая длинная пункция (аспирация).

Д-ра Перельман и Рубинчик того мнения, что особенности детского организма, обстановка, в которой протекает детская болезнь—все это дает право детской хирургии занимать отдельное место.

XVI заседание (19-го ноября). 1. *Проф. Эльберт: Специфическая профилактика и терапия скарлатины.*

История вопроса о вакцинации вообще и противоскарлатинной в частности. Поиски за возбудителем скарлатины. Вакцина, изготовляемая в Пастеровском Институте (формалиновая). Реакция, вызываемая ее прививкой. Случаи, симулирующие вакцину. В настоящее время производятся наблюдения. На основании этих наблюдений над 4000 привитыми можно сказать, что *вакцинация показана*, так как она безусловно понижает заболеваемость, а смертность у привитых резко упала (от 20 до 26 раз в сравнении с непривитыми).

Терапия скарлатины. Мозеровская сыворотка эффекта не давала. Результаты от приготовляемой нами сыворотки, полученные в 3-ей больнице, таковы: при токсических формах средней тяжести эффект положительный, в безнадежно-тяжелых случаях — результаты утешительные; смертность очень ничтожная. Но в септических и септико-токсических случаях сыворотка не давала никакого эффекта.

Докладчик ответил на целый ряд предложенных ему вопросов:

а) противопоказания к прививкам: заболевания сердца, перенесенный нефрит и, как некоторые еще указывают, туберкулез;

б) прививки можно делать и в грудном возрасте;

в) вопрос об иммунитете еще не изучен, так как мы не знаем патогенеза скарлатины;

г) мы потому употребляем штамм Дика, что он обладает сильным ядом;

д) длительность иммунитета равна 12-14 месяцам;

е) если после первой вакцинации появляется сыпь, то это показывает, что наша вакцина активна и поэтому следует ее повторить.

Дополнение к докладу проф. Эльберта сделал *д-р Канторович.* Подтвердив данные о действии сыворотки по наблюдениям врачей заразной больницы, он прибавил: Вреда от сыворотки он не наблюдал, если не считать нескольких случаев последующей сывороточной болезни, которая протекала быстро и не тяжело. Сыворотка должна быть вводима не позже, чем на 5-й день болезни. Количество сыворотки, которое вводилось за один раз, равно 50-60 куб. см., а у взрослых 100-130. На осложнения после скарлатины сыворотка никакого влияния не оказывала.

Что касается профилактической вакцинации, то к ней надо относиться с большой осторожностью, прежде всего потому, что возбудитель скарлатины до сих пор не выяснен, и, кроме того, еще потому, что сообщения некоторых врачей о заболеваниях после прививки, напоминающих настоящую скарлатину, заставляют думать, что прививочный материал едва-ли совершенно безвреден. Дело вакцинации против скарлатины находится пока в стадии опыта и поэтому всякие выводы еще преждевременны.

Д-р Л. Хургин делает следующие замечания: 1. Существует еще другой взгляд на этиологию скарлатины, а именно, что стрептококк сидит в миндалинах и он выделяет токсин. 2. Отмечено, что реакция Дика у городского населения бывает чаще отрицательная, чем у сельского населения. Это об'ясняется тем, что горожане чаще переносят скрытую инфекцию. Поэтому реакция Дика должна предшествовать вакцинации. 3. Иммунизация может служить во вред организму.

Д-ра Граната интересуют следующие вопросы: 1. Каковы морфологические, биологические и проч. особенности, которыми отличается скарлат. стрептококк от банального? 2. Наблюдается-ли шелушение после вакцинации? 3. Какова сущность иммунитета при скарлатине? 4. Какую позицию должен занять врач в настоящей прививочной кампании по отношению к так назыв. вакцинному скарлатиноиду? Что это—невинная, безобидная реакция организма на введенную вакцину или же настоящая скарлатина, по времени совпавшая с вакцинной кампанией? Где те критерии, которые дают нам возможность разграничить эти столь разные по существу, но столь схожие по клиническим явлениям процессы? Вот примеры. В одном случае после вакцинации получились сыпь, повышение t^0 и краснота в горле, а на 3-ей неделе характерное шелушение. В другом случае после таких же явлений появилось осложнение геморрагическим нефритом. В третьем случае—осложнение отитом и последовавшее заболевание сестры настоящей скарлатиной. Не ставя эти случаи в вину вакцинации, оппонент желает только подчеркнуть, что нужно найти возможность разграничить, где кончается вакцинная реакция и где начинается скарлатина.

Д-р Рубинчик является ярым сторонником прививок. При массовых прививках возможны случаи появления у привитых настоящей скарлатины, но это надо об'яснить тем, что прививаемые уже были бациллоносителями. Что касается лечения сывороткой, то оппонент в одном из предыдущих заседаний горячо высказался в ее пользу, а теперь он настаивает на ее применении larga manu. От осложнений сыворотка не предохраняет, но надо полагать, что под ее влиянием они протекают легче.

Д-р Раховский излагает, при каких условиях производится в Минске противоскарлатинная вакцинация. Окрздравом организованы три прививочных отряда и до сих пор прививки произведены в 14 школах, 4 детских садах, 4 яслях и 2 домах ребенка. Среди привитых отме-

чено лишь 2 заболевания на 2-й день после 1-й прививки, между тем как среди непривитых учащихся тех же школ и учащихся тех школ, где прививки не производились, насчитывается значительное число заболеваний. Затем *д-р Р.* остановился на явлениях общей реакции, на характере сыпи и на эпидемиологической проверке вакцинации. В заключение *д-р Р.* заявляет, что успех от применения вакцины является общепризнанным и просит товарищей сообщать в Окрздрав о своих наблюдениях над привитыми детьми.

Д-р Розенталь сообщил о виденном им случае пиэмической сыпи у ребенка с гнойным отитом. Анамнез: 3 недели т. н. 3-я противоскарлатинная прививка, после чего скарлатиноидная сыпь и высокая t° в течение 2 дней. Через 3 дня заболела младшая сестра скарлатиной. Этот случай надо толковать, как истинную скарлатину в абортивной форме.

Д-р Чарно на основании того, что вопрос об этиологии скарлатины вертится вокруг стрептококка то Габричевского, то Дика, Плата, Даухера и др., что одни авторы считают возбудителем стрептококк, а другие его токсин, предполагает, что возбудителем является действительно стрептококк, но не один из вышеупомянутых, а все вместе и многие другие мутационные формы стрептококка. Каждая эпидемия и, м. б., каждый случай имеет свою мутационную форму. Волнообразное течение скарлат. подтверждает эту мысль. Отсюда вывод: пользоваться нужно для выработки сыворотки не готовыми штаммами, а стрептококком каждой данной эпидемии.

Д-р Фридман. Как известно, скарлатина часто осложняется отитом, но последний не вызывается одним стрептококком; в гною мы находим и другие бактерии, проникающие в ослабленный скарлатинным ядом организм. При лечении сывороткой это осложнение протекает легче.

Проф. Гаусман. Роль стрептококка при скарлатине еще не выяснена. Так, мы не знаем, почему при скарлатине стрептококк вызывает иммунитет, а при других стрептококковых заболеваниях этого нет. Скарлатинозный стрептококк имеет еще одну особенность: в моче скарлат. больных, я в целом ряде случаев находил стрептококк. Следовательно, тут речь идет не только о токсэмии, но и о бактериэмии. Очевидно, скарл. стрептококк имеет свои биологические особенности. Между прочим, в септических случаях хорошие услуги оказывают внутривенные влияния уротропина.

Д-р Альшванг. В доме грудного ребенка после вакцинации у некоторых детей появилась сыпь, имевшая характер краснухи. Эти дети не были изолированы и тем не менее никто из остальных детей не заболел.

Заключительное слово докладчика: а) *Д-ру Канторовичу*: иммунитет в 12—14 месяцев вполне достаточен. Противотифозная вакцинация дает иммунитет всего на 6 месяцев и тем не менее результаты бывают благоприятные Сыпь получается от введения токсина, б) *Д-ру Гранату:* Шелушение возможно и вследствие вакцинации. Прививки в разгаре эпидемии не ухудшают, а улучшают течение болезни (мнение Златогорова), в) *Д-ру Чарно:* Конечно, имеются мутационные формы стрептококка... В заключение докладчик подчеркнул, что путь, на который стал Окрздрав, правилен и что в дальнейшем наблюдения будут продолжаться при соблюдении принципа терапии „non nocere" и принципа хирургии „ut profiteatur".

Председатель проф. Титов, резюмируя прения, сказал, что большинство выступивших высказались в пользу лечебной сыворотки.

Некоторые неудачные случаи надо приписать или недостаточной дозе или позднему применению. Когда накопится больший материал, то успех будет очевиден. Что касается вакцинации, то мнения разделились. Поэтому проф. Эльберт прав, высказываясь осторожно по этому вопросу и говоря, что окончательный ответ можно будет дать лишь тогда, когда в его руках будет больший материал.

XVII заседание (26-го ноября). 1) *Д-р Р. Е. Гинзбург демонстрировала* случай пернициозной анемии, леченный печенкой. Подробная история болезни, картина крови до, во время и после лечения. История возникновения способа лечения злокачественного малокровия печенкой. Больная находится в прекрасном состоянии.

Прения. Д-р Василевский, знавший больную, указывает, что и под влиянием лечения сальварсаном она также поправилась и картина крови была почти нормальна. Надо, кроме того, помнить, что у нее Trichocephalus dispar и что она до поступления в клинику жила в ужасных условиях. Хорошее питание и больничный уход мог значительно влиять на ее выздоровление.

Д-р Чарно напоминает о методе Манухина (рентген) в тех случаях, когда больной не переносит сырой печенки.

Проф. Мелких склонен видеть в печенке целебный фактор. Мышьяк, как известно, ухудшает состояние.

Проф. Гаусман приводит мнение Гравица, что Anaemia perniciosa есть болезнь алиментарная и белки поэтому вредны. Краус, наоборот, требовал белки, ибо питание играет роль. Что касается мышьяка, то acidum arsenicosum помогает, а сальварсан может не помочь.

Д-р Моносзон полагает, что Trichocephalus dispar играет здесь роль, так как он сопровождается ахилией. Печенку можно давать и в жареном виде.

Д-р Гранат рекомендует железо вместо мышьяка.

Докладчица отмечает больший эффект от печенки, чем от сальварсана. Мышьяк не следует давать, потому что он гемолитический яд. Печенку можно давать и в жареном виде. Trichocephalus имеется еще и теперь у больной; поэтому он вряд-ли может быть причиной заболевания.

2) *Д-р Флекель демонстрировал* случай Relaxatio diaphragmatica.

3) *Проф. Гаусман; Определение реальных границ сердца методом тихой перкуссии.*

Краткая история возникновения и развития перкуссии, как метода определения границ легких и сердца. Разные способы и инструменты для перкуссии. Тишайшая перкуссия Гольдшейдера. Термин „относительная тупость" должен быть оставлен, так как есть возможность определить точные границы сердца.

На основании сравнения клиники с рентгеном докладчик выработал свой метод—перкутировать на краю конца пальца. Этот способ неоднократно проверялся рентгеном и вполне оправдал себя, как метод, точно определяющий реальные границы сердца.—Демонстрация таблиц-схем с границами различных сердец: здоровых, митральных, аортальных и др.

4) *Д-р Соломин: К клинике атипических случаев недостаточности аортальных клапанов.*

Докладчик приводит 4 истории болезни из клиники проф. Гаусмана с недостаточностью аортальных клапанов при отсутствии диастолического шума. Диагностика основывалась на 1) аортальной конфигурации сердца, 2) большой амплитуде между максимальным и мини-

мальным кровяным давлением и 3) отсутствии 2-го тона на аорте и art. pulmonalis. Прогноз в этих случаях б. ч. неблагоприятный.

Д-р Ситерман указывает на то, что при сравнении рентгена с ортоперкуссией не всегда получаются схожие результаты. Абсолютная и относительная тупость сердца и сейчас признается многими видными клиницистами. В первой клинике БГУ также диагностировались случаи инсуффициенции аорты без диастолического шума. Отсутствие шума не всегда указывает на плохой прогноз.

Проф. Гаусман полагает, что виной диссонанса между перкуссией и рентгеном был либо скверный плессиметр, либо плохие руки. Перкуссию забывают из-за рентгенов, кардиографов и т. п. Задача клиник в нашей стране—учить обычным методам исследования, т. е. быть пролетариями в медицине, а не аристократами.

Председатель проф. Соколовский отмечает, что доклады из клиники проф. Гаусмана носят печать упрощенных методов исследования, что имеет особое значение для практических врачей.

Секретарь *М. Поляк*

ХРОНИКА

К организации Одонтологического Института. НКЗдрав совместно с Центральным К-том Красного Креста приступил к практической проработке вопроса об организации Одонтологического Института. Институт обслужит одонтологическую кафедру при БГУ, с другой стороны поможет НКЗдраву в деле переквалификации зубврачей.

Разработка положений о правах и обязанностях медперсонала. НКЗздравом окончательно проработано и согласовано с ЦП Союза положение о правах и обязанностях медперсонала. Положение предположено издать отдельной брошюрой.

Заявка НКЗдрава по всесоюзному лечебному фонду. НКЗдравом представлена заявка по всесоюзному фонду медпомощи на следующие мероприятия: окончание постройки и оборудование Борисовской больницы, строительство рабочих больниц в Минске и Витебске (Марковщина), строительство туберкулезной больницы в Гомеле, достройка санат „Черницы", постройку нервного санатория в Барковщине Полоцкого округа, ремонт туберкулезного института. Вся заявка составлена на сумму 600.000 руб. Бюджетная комиссия по всесоюзному фонду медпомощи (Москва) утвердила заявку только в сумме 160.000 руб.

Всебелорусское совещание по трихинозу. За последнее время по БССР участились случаи заболеваний трихинозом. НКЗдрав на 30/III созывает в г. Витебске всебелорусское совещание по трихинозу. На совещание помимо инспекторов и консультантов НКЗдрава, окружных санврачей приглашены работники Витебского ветеринарного института, представители Военно-Санитарного Управления Белорусского Военного округа, Смоленского и Брянского Губздравотдела. Совещание займется практической проработкой вопроса по борьбе с трихинозом.

Советы Социальной помощи при районных консультациях. НКЗдравом дано предписание окружным инспектурам здравоохранения проверить работу Советов Социальной помощи при районных консультациях и организовать их там, где этих советов еще нет. Намечено из сумм НКЗдрава отпустить небольшие средства тем советам, которые лучше развернут свою работу и проявят инициативу по изысканию средств на месте.

Подготовка персонала для летних ясель. По примеру прошлого года НКЗдрав предписал округам приступить к организации курсов для подготовки ясельного персонала. Средства на организацию курсов должны быть изысканы на местах. Наркомздрав с своей стороны отпускает по 15—20 руб. на каждую селянку, которая будет командирована на курсы.

Участие общественных организаций в ясельной кампании. Секция колхозов Белсельсоюза предложила Минскому, Могилевскому, Витебскому и Полоцкому отделениям организовать в каждом из упомянутых округов по 1 яслям в колхозах.

Белкоопсоюз за счет 3% отчислений от прибылей союза организует 16 полевых ясель в Минском, Оршанском, Гомельском, Бобруйском и Витебском округах.

К расширению сети ясель, обслуживающих предприятия. Для большего обхвата яслями работниц предприятий СНК БССР постановил: 1) отчислять на организацию и содержание ясель для детей работниц, занятых на предприятиях, от 5 до 10% из фонда по улучшению быта рабочих; 2) установить с 1 января с. г. участие предприятий в расходах на содержание ясель, обслуживающих исключительно работниц этого предприятия, в размере ¼% фонда заработной платы предприятия; 3) обязать Окружные Исполн. К-ты, предприятия, учреждения и кооперативные организации предусматривать при строительстве жилищ и поселков строительство помещений для ясель.

Республиканский фонд медпомощи. 7/III с. г. президиум ЦС Профсоюзов Бел. заслушал доклад НКЗдрава об использовании республиканского фонда медпомощи за 1926-27 г. и составлении бюджета на 1927-28 г. Президиум ЦС Профс., отметив правильность расходования фонда, дал директиву Центр. Бюдж. Комиссии увеличить отпуск средств на приобретение апаратуры для лечения волчанки, оставить резервный фонд в размере 10%.

В Санатории „Красный Октябрь“. НКЗдравом назначен на должность заведующего санаторией „Красный Октябрь“ врач Мельников.

В Республиканском Совете по борьбе с проституцией в БССР. Республиканский Совет нового состава начал работу с января с. г.

Советом разработаны положение о нем и состав его, при чем против прошлого года этот состав значительно сокращен. Об'ясняется это тем, что в нынешнем году наряду с Республиканским Советом в г. Минске создан также и Минский Окружной Совет по борьбе с проституцией, к которому и отошли конкретные вопросы работы. Нынешний Республиканский Совет ставит себе задачей разработку лишь общих вопросов и общее руководство работой на местах.

Республиканским Советом рассмотрено примерное положение для местных (окружных) советов. Текст этого положения рассылается Окринспект., которым и рекомендуется воспользоваться им, представив на утверждение в Гор. Совет или Окрисполком.

Окружные Советы по борьбе с проституцией должны состоять при Венерологических Диспансерах, а не при Окринспект. Республиканский Совет решено иметь при Госуд. Институте Социальной Гигиены НКЗ.

Республиканским Советом заслушаны доклады о работе Бобруйского и Минского Советов.

По вопросам борьбы с проституцией Окрздравы могут обращаться, минуя НКЗдрав, непосредственно в Республиканский Совет (по адресу: Госуд. Институт Социальной Гигиены, г. Минск, Красноармейская, 14, телеф. 10-73).

Санитарные врачи для районов. Для заполнения штатов районных санитарных врачей НКЗдравом подготовлены в порядке стажа 8 санитарных врачей выпуска медфака БГУ, которые направлены к месту службы на районы.

Постройка бань. В этом году по местному бюджету по линии НКЗдрава отпущено в порядке дотации 26.000 руб. на строительство бань в сельских местностях. НКЗдравом совместно с НКЗемом разрабо-

таны типовые проекты бань. По плану огнестойкого строительства в этом году будет построено 4 бани. Кроме этого, НКЗдрав дал указания местам использовать на строительство бань и колодцев компанию по самообложению.

Санитарный надзор за квартирным строительством. НКЗдрав совместно с Наркомвнутделом по согласованию с Наркомюстом издал постановление о предупредительном санитарном надзоре в области квартирного коммунального строительства и благоустройства заселенных мест.

Изучение огнестойкого строительства. НКЗдравом и НКЗемом согласно постановления Госплана будет проведено в этом году изучение сельского огнестойкого строительства. На исследовательскую работу отпущено 1000 руб. Имеется также ввиду в этом году больше уделить внимания изучению сельского водоснабжения и вообще сельского строительства.

Санитарный надзор за общественным питанием. По докладу Церабсекции о состоянии в БССР общественного питания СНК Бел., указав на основные моменты дальнейшего развития и улучшения общественного питания, дал указания НКЗдраву усилить надзор и контроль за последним.

Доклад в СНК Бел. о санитарном состоянии Республики. Сан.-Эпид. частью НКЗдрава подготовлен доклад о санитарном состоянии Республики и деятельности санитарных органов. Доклад в СНК предполагается заслушать в апреле или мае мес.

Изучение молочного рынка и хлебопечения. По плановому заданию НКЗдрава санитарные органы Республики изучают состояние молочных рынков и хлебопечения. Некоторые округа уже закончили эту работу и свои материалы представили в НКЗдрав.

Аптечное строительство. НКЗдрав приступил к разработке пятилетнего плана строительства аптечной сети по Белоруссии, а также плана медснабжения. Предварительная разработка плана будет произведена по округам. План этот будет увязан с общим планом НКЗдрава.

Директором Белмедторга с 1 марта с. г. назначен т. Алесин.

Белмедторг приступил к постройке в Минске Фармзавода. Работы предположено закончить в конце этого года с тем, чтобы в начале 1929 г. пустить его. Специальное оборудование для завода в большинстве заказано на заводах Союза, незначительная часть заграницей.

В Ученом Медицинском Совете. Ученый Медицинский Совет по докладу Инспектора лечпрофчасти НКЗдрава Шаповалова и профессора Каминского признал целесообразным организацию комиссии по борьбе с трахомой. В комиссию избраны профессора БГУ, работники НКЗдрава и клиники.

В склеромной комиссии Ученого Медицинского Совета заслушан доклад проф. Эльберта: дальнейшие наблюдения над реакцией аглютинации при риносклероме и об экспедиции в 1928 г. для изучения эпидемических очагов риносклеромы и эпидемиологии последней. Для практической проработки последнего вопроса выделена подкомиссия, которая должна увязать работу по изучению очагов риноскле-

ромы с лечебными учреждениями Республики и с Украиной, а также наметить потребные для этого изучения средства.

Из жизни медицинского факультета. Летом 1927 г. СНК Бел. принято положение о научных работниках. По этому положению мед. фак. предоставлено право удостоить степени доктора медицины врачей, представивших в факультет диссертацию и защитивших ее в публичном заседании профессоров и доцентов факультета. В ноябре первую диссертацию защитил доцент по кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии Е. В. Корчиц на тему: о значении долихо и брахицефалии при переломах основания черепа. Работа экспериментальная из института оперативной хирургии проф. Шевкуненко в Ленинграде. Официальными оппонентами выступали проф. С. М. Рубашов и М. П. Соколовский. Факультет единогласно присудил д-ру Корчицу степень доктора медицины. — 19 февраля асс. 1 хир. клин. Ю. М. Иргер защищал диссертацию на степень доктора медицины: о влиянии перевязки выносящего протока на гипертрофию предстательной железы. Официальными оппонентами выступали проф. М. П. Соколовский, С. М. Рубашов и И. Т. Титов. Диссертант всеми голосами при одном воздержавшемся признан достойным докторской степени.

10 февраля с. г. доцент М. Н. Шапиро начал свой курс по ортопедии. 17 марта доцент Е. Л. Маршак прочитал вступительную лекцию по курсу туберкулеза. На обоих вступительных лекциях, кроме студентов, присутствовали члены факультета и врачи.

Союзным Совнаркомом утвержден план строительства Университетского городка. Для мед. фак. будут в первую очередь строиться одно здание для нормальной, топографической и патологической анатомии и судебной медицины и другой корпус для кафедр физиологии, гистологии, общей патологии, фармакологии, экспериментальной гигиены. Кроме того, в аудиториях корпуса будут отведены 10 комнат под кафедру социальной гигиены. Все эти корпуса уже начали строиться. С будущего строительного года начинается постройка шести клиник: двух терапевтических, двух хирургических, акушерско-гинекологической и кожно-венерической.

Декан мед. фак. профессор М. Б. Кроль выезжал в Гомель, где им 12 февр. прочитан был доклад в местной ассоциации врачей на тему: Проблемы эпилепсии.

Из жизни Союза Медсантруд. Ближайший Пленум Ц. П. Союза состоится в первых числах апреля месяца. Приблизительно в это же время состоится пленум Ресбюро аптсекции, на котором будет заслушан доклад Могилевского фармтехникума.

Первого апреля заканчиваются курсы фармусовершенствования. Слушатели курсов предполагают совершить экскурсию в Москву для ознакомления с постановкой фармацевтического дела по РСФСР.

НКТрудом организованы девятимесячные курсы переквалификации медицинских сестер, расчитанные на 30 слушательниц. На курсы принято 19 слушательниц членов Союза Медсантруд.

Колдоговорная кампания по союзу МСТ закончилась. Колдоговорами охвачены все работники, исключая работников медучреждений военно-санитарного управления. Запоздание в перезаключении колдоговоров об'ясняется затяжкой с утверждением бюджетов.

Врач Станислав Викентьевич Макаревич

16 марта с. г. служащие II советской больницы хоронили своего долголетнего сотрудника врача-психиатра С. В. Макаревича.

Покойный уроженец г. Минска, родился на территории бывшей Губернской Земской Больницы (теперь II сов. больница) в семье лекпома, здесь же С. В. провел почти всю свою службу.

По окончании Медицинского Факультета Харьковского Университета в 1886 г. С. В. поступает на службу в Минскую Тюремную Больницу, откуда через 4 года он переходит в Губернскую Земскую Больницу, получив заведывание психиатрическим отделением больницы. Как в той, так и в другой больнице С. В. не мало энергии положил для упорядочения больничного дела, что было сопряжено с большими трудностями, особенно приняв во внимание тяжелое положение тюремных и психиатрических больниц в конце прошлого столетия. Эвакуированный в 1915 году вместе с психиатрическим отделением в г. Уфу, С. В. в 1921 году вернулся в Минск, где продолжал работать в психиатрическом отделениии больницы до 1925 года, когда С. В. перешел на пенсию. Долголетняя и трудная служба в психиатрическом отделении С. В. была отмечена Советской властью, он получил звание героя труда и, как таковой, получал персональную пенсию.

С. В. занимался и педагогической деятельностью, являясь в течение многих лет преподавателем Минской Зубоврачебной Школы и школы общины сестер милосердия Красного Креста.

Отзывчивый на страдания людей, добрый товарищ в отношении к сослуживцам, С. В. снискал любовь как больных, так и своих товарищей.

Умер С. В. от крупозного воспаления легких 15 марта. Проводить С. В. на могилу собрались как сослуживцы его по больнице, так и многочисленные друзья покойного.

С. У.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ

Распоряжения Рабоче-Крестьянского Правительства

Пастанова Цэнтральнага Выканаўчага Камітэту і Савету Народных Камісараў БССР аб зацьверджаньні Палажэньня аб Народным Камісарыяце Аховы Здароўя БССР

Цэнтральны Выканаўчы Камітэт і Савет Народных Камісараў БССР пастанаўляюць:

1. Зацьвердзіць Палажэньне аб Народным Камісарыяце Аховы Здароўя БССР.

2. Скасаваць палажэньне аб Народным Камісарыяце Аховы Здароўя БССР ад 3-га лістапада 1924 г. (Збор З. і З. БССР за 1924 г., № 25-26, арт. 233).

Старшыня Цэнтральнага Выканаўчага Камітэту БССР **А. Чарвякоў**

Старшыня Савету Народных Камісараў БССР **М. Галадзед**

Сакратар Цэнтральнага Выканаўчага Камітэту БССР **А. Хацкевіч**

1 сакавіка 1928 г.
г. Менск

Палажэньне аб Народным Камісарыяце Аховы Здароўя БССР

1. Народны Камісарыят Аховы Здароўя БССР кіруе ўсёю справаю аховы здароўя насельніцтва Рэспублікі.

2. Да кампэтэнцыі Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя належыць:

а) барацьба з пошасьцямі;

б) распрацоўка мерапрыемстваў па санітарным упарадкаваньні гарадоў, мястэчак і вёсак і агульнае кіраўніцтва санітарнаю справаю ў Рэспубліцы;

в) арганізацыя лекавае дапамогі ўсіх відаў, пратэзнае справы і забясьпечаньня насельніцтва лякарствамі;

г) арганізацыя мэдычнае экспэртызы пры ўстанаўленьні непрацаздольнасьці і інваліднасьці і мэдычнае экспэртызы на судзе;

д) удзел у правядзеньні мерапрыемстваў аховы здароўя Чырвонае Арміі;

е) арганізацыя і кіраўніцтва мэдычна-санітарнаю справаю на чыгунках і водных шляхах на тэрыторыі БССР;

ж) арганізацыя аховы мацярынства і младзенства;

з) арганізацыя аховы здароўя дзяцей і падлеткаў і нагляд за фізычным выхаваньнем працоўных;

і) арганізацыя мэдычна-санітарнае дапамогі ў мясцох зьняволеньня;

к) кіраўніцтва дзейнасьцю акруговых інспэктур аховы здароўя;

л) распрацоўка навуковых пытаньняў у галіне аховы здароўя і кіраўніцтва навукова-дасьледчымі і навукова практычнымі ўстановамі пры Народным Камісарыяце Аховы Здароўя;

м) удзел у арганізацыі мэдычнае асьветы;

н) мерапрыемствы па камплектаваньні лекава-санітарных установ мэдычным пэрсаналам;

о) перападрыхтоўка і палепшаньне кваліфікацыі мэдычнага пэрсаналу;

п) арганізацыя санітарнае асьветы, выданьне папулярнае літаратуры і наглядных дапаможнікаў;

р) апублікаваньне вестак аб становішчы народнага здароўя ў Рэспубліцы.

3. На чале Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя стаіць Народны Камісар і яго Намесьнік.

4. У склад Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя ўваходзяць:

а) інспэктура па лекава-прафілактычнай справе;

б) інспэктура па санітарна-эпідэміалёгічнай справе;

в) інспэктар па ахове мацярынства і младзенства;

г) інспэктар па ахове здароўя дзяцей і падлеткаў;

д) сакратарыят;

е) Цэнтральная Бюджэтная Камісія для разгляду пляну і каштарысаў на мэдычную дапамогу застрахаваным;

ж) Навукова-Мэдычная Рада.

Пры Народным Камісарыяце Аховы Здароўя могуць быць навукова-дасьледчыя і навукова-практычныя ўстановы, а таксама гаспадарчыя прадпрыемствы.

5. Разьмеркаваньне функцый паміж пасобнымі часткамі Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя (арт. 4) устанаўляецца Народным Камісарам Аховы Здароўя.

Старшыня Цэнтральнага Выканаўчага Камітэту БССР **А. Чарвякоў**

Старшыня Савету Народных Камісараў БССР **М. Галадзед**

Сакратар Цэнтральнага Выканаўчага Камітэту БССР **А. Хацкевіч**

1 сакавіка 1928 году
г. Менск

Пастанова СНК БССР аб стане аховы здароўя дзяцей і падлеткаў (прат. ад 29 лютага—1 сакавіка 1928 г. № 34 п. 447).

Ухваляючы агульную лінію Народнага Камісарыяту Аховы здароўя ў галіне аховы здароўя дзяцей і падлеткаў, праводзімую праз аздараўленьне школы, быту і працы вучнёўскай і рабочай моладзі, Савет Народных Камісараў канстатуе, ня гледзячы на цяжкія аб'ектыўныя ўмовы, шэраг дасягненьняў у практычнай рабоце па мэдыка-санітарнаму абслугоўваньню гэтых груп працоўных.

Для далейшага ўзмацненьня працы Савет Народных Камісараў прапануе:

1. Плян працы Народнага Камісарыяту Аховы здароўя ў галіне аховы здароўя дзяцей і падлеткаў увязаць з плянам Народнага Камісарыяту Асьветы на правядзеньня ўсеагульнага навучаньня.

Народнаму Камісарыяту Асьветы пры будаўніцтве новай школьнай сеткі прытрымлівацца вызначаных санітарных норм і прыняць захады, каб нармальна абсталяваць у санітарна-тэхнічных адносінах на працягу бліжэйшых год ужо пабудаваныя школы. Органам аховы здароўя узмацніць нагляд за захаваньнем гэтых норм пры будаўніцтве а таксама пры абсталяваньні школ, дзіцячых дамоў і садоў. Акруговым выканаўчым камітэтам устанавіць сталы тэхнічны нагляд за будаўніцтвам новых школьных будынкаў.

2. Пры зацьверджаньні вымярыцеляў на 1928—29 год прадугледзець некаторае павялічэньне норм на харчаваньне і аддзеньне выхаванцаў дзіцячых дамоў, асабліва зьвярнуць увагу на неабходнасьць палепшыць харчаваньне ў межах існуючых норм. Народнаму Камісарыяту Асьветы забясьпечыць у пяцігадовым пляне: 1) дзіцячыя дамы—банымі ўстаноўкамі і ізалятарамі 2) школы—рацыянальна пабудованымі партамі ў выстарчальнай колькасьці, умывальнікамі, ручнікамі, разьдзявальнямі, вентыляцыяй і, па магчымасьці, пляцоўкамі для фізкультуры; 3) палепшыць харчаваньне і абсталяваньне ў інтэрнатах пры школах раеннага значэньня; 4) узяць напрамак на зьнішчэньне трохзьменных заняткаў у сямігадовых школах.

3. Даручыць Народнаму Камісарыяту Працы ўзмацніць нагляд за выкананьнем існуючага заканадаўства аб умовах працы падлеткаў, зьвярнуўшы асаблівую ўвагу на захаваньне ўстаноўленнага для падлеткаў рабочага дня, на недапушчэньне падлеткаў да працы ўначы, на палепшаньне санітарна-гігіенічных умоў іх працы, а таксама і кватэрных умоў.

4. Пры правядзеньні школьна-санітарна-аздараўляўчых мерапрыемстваў у горадзе патрэбна ў першую чаргу зьвярнуць увагу на прафэсыянальна-тэхнічныя школы і школы фабрычна-заводзкага вучнёўства. Народнаму камісарыяту Асьветы пры далейшым разгортываньні дашкольных устаноў у першую чаргу арганізоўваць іх для абслугоўваньня рабочых прадпрыемстваў. На вёсцы органы аховы здароўя абслугоўваюць школы, дзіцячыя ўстановы і школы сялянскай моладзі.

5. Работа па ахове здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў павінна быць шчыльна ўвязана з ЦК ЛКСМ, з прафэсыянальнымі арганізацыямі і органамі аховы працы ў практычных мерапрыёмствах па аздараўленьні працы і быту рабочай і сялянскай моладзі. Асабліва важнае значэньне набываюць апроч савецкай грамадзкасьці, таксама і ўсякія формы самадзейнасьці вучняў як у школах, гэтак і на прадпрыёмствах (санітарныя камісіі ў школах, піанэрскія арганізацыі, камісіі аховы працы на прадпрыёмствах). Органы аховы здароўя павінны ўзмацніць працу ў сэкцыях аховы здароўя і народнае асьветы ў горадзе, а таксама працу саветаў па ахове здароўя дзяцей пры дыспансэрах у напрамку палепшаньня бытавых умоў вучняў шляхам уцягненьня бацькоў і шчыльней зьвязацца з санітарнымі камісіямі на вёсцы. Народнаму Камісарыяту Асьветы вылучыць з спэцыяльных сродкаў школьных устаноў адпаведны фонд на аздараўляючыя мерапрыёмствы школ. Вызначэньне процантаў сродкаў для гэтага фонду ўстанавіць Народнаму Камісарыяту Асьветы разам з Народным Камісарыятам Аховы Здароўя.

6. Для пашырэньня сярод працоўных ведаў па гігіене дзіцячага выхаваньня неабходна органам аховы здароўя і народнай асьветы зьвярнуць увагу на сыстэматычнае паданьне ведаў па гігіене ўва ўсіх школах і ўвесьці ў праграмы пэдагагічных тэхнікумаў і пэдагагічнага факультэту Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту выкладаньне гігіены выхаваньня, а таксама ставіць даклады на шырокіх рабочых і сялянскіх сходах. Лекцыі і даклады неабходна прыстасоўваць да практычных мерапрыёмстваў у галіне дзіцячага выхаваньня і прафіляктыкі дзіцячага захворваньня. Для гэтых мэт трэба ўсямерна скарыстаць хаты-чытальні, а таксама ўжыць захады для пашырэньня выданьня папулярнай літаратуры на нацыянальных мовах па гігіене выхаваньня.

7. Фізычнае выхаваньне працоўных, як адзін з найлепшых мэтадаў аздараўленьня рабочай моладзі павінен складаць галоўную частку работы Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя ў галіне аховы здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў. Задача органаў аховы здароўя па лініі фізычнай культуры павінна заключацца ня толькі ў мэдыцынскім наглядзе за фызычнымі практыкаваньнямі, але і ў выбару такіх відаў спорту, якія найбольш каштоўны для ўзмацненьня здароўя рабочай і сялянскай моладзі. Асабліва патрэбна садзейнічаньне такім відам фізычнай культуры, якія накіраваны для змаганьня з прафэсыянальнымі шкоднасьцямі ад вытворчых працэсаў. Савет Народных Камісараў прапануе ужыць захады для пашырэньня мэдыка-санітарнай сеткі па абслугоўваньні фізкультурнікаў і па палепшаньні лекарскага нагляду за работай фізычных гурткоў. Запрапанаваць Вышэйшаму Савету Фізычнай Культуры ўз-

мацніць працу па ўцягненьні ў гурткі фізычнай культуры рабочай моладзі. Народнаму Камісарыяту асьветы забясьпечыць сямігадовыя школы адпаведнымі памяшканьнямі і абсталяваньнем для заняткаў па фізычнай культуры.

Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя забясьпечыць мэдіка-санітарнае абслугоўваньне піанэрскіх атрадаў і шырэй прыцягнуць да гэтай працы грамадзкія арганізацыі, лекарскую сэкцыю Саюзу мэдыка-санітарных працаўнікоў і гурткі першай дапамогі Чырвонага крыжу, а таксама забясьпечыць падрыхтоўку піанэр. кіраўнікоў у галіне гігіены выхаваньня.

8. Лічачы, што існуючая цяпер лячэбна-прафіляктычная сетка па лініі аховы здароўя дзяцей і аховы падлеткаў зьяўляецца невыстарчальнай як па якасьці, так і па колькасьці, Савет Народных Камісараў прапануе ў далейшым наступнае:

а) дакладней нармаваць працоўную нагрузку лекара па абслугоўваньню дзіцячых і школьных устаноў з тым, каб кожная школа і вучні школы былі абсьледаваны лекарам ня менш двух—трох разоў на год;

б) павысіць кваліфікацыю школьна-санітарных лекароў шляхам перападрыхтоўкі іх на адпаведных курсах па ўдасканаленьні і зьвярнуць увагу на грамадзкае выхаваньне лекара, як прафіляктыка і пэдагога;

в) цэнтрам усяе аздараўляючай прафіляктычнай працы па санітарнаму палепшаньню быту і працы вучнёўскай і рабочай моладзі павінен быць дзіцячы дыспансэр з прымацаваньнем да яго школьнікаў, рабочых падлеткаў і дзіцячых устаноў.

г) па лініі лекавай часткі трэба павялічыць колькасьць ложкаў для дзяцей хворых лёгачнымі і касьцянымі сухотамі і выстарчальна забясьпечыць мэдыцынскую дапамогу хворым паршою і трахомаю, шляхам арганізацыі рэнтгэналёгічных габінэтаў і трахомазтозных ізалятараў;

д) павялічыць лік месц для рабочай моладзі ў дамох адпачынку, санаторыях і курортах. Даручыць НК Аховы Здароўя прыняць удзел сродкамі ў арганізацыі лягераў піанэраў і калёній для рабочай моладзі на гаспадарчых пачатках;

е) у мэтах рацыяналізацыі і барацьбы з сухотамі па лініі прафіляктыкі, Народнаму Камісарыяту Асьветы трэба арганізаваць дзіцячыя сады і школы на вольным паветры, а таксама ўключыць у свой пяцігадовы плян пабудовы двух лясных школ.

Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя прадугледзець у сваім пяцігадовым пляне арганізацыю сталых пляцовак з харчаваньнем для фізычна слабых і тубэркулёзных дзяцей і падлеткаў, а таксама псыханэўралёгічную школу—санаторыю.

9. Даручыць Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя прадугледзець у пяцігадовым пляне па лініі аховы здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў павялічэньне ліку школьна-санітарных лекароў у адносінах да норм абслугоўваньня і пляну ўсеагульнага навучаньня і арганізацыю дзіцячых дыспансэраў ва ўсіх акруговых гарадох, пунктаў аховы здароўя дзяцей і фізычнай культуры ў буйных раёнах прамысловага значэньня.

10. Лічыць неабходным:

а) прыцягненьне фонду палепшаньня быту рабочых для аздараўляючых мерапрыёмстваў па лініі аховы здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў процант адлічэньняў устанавіць адпаведным арганізацыям;

б) павялічэньне ўдзелу мясцовага бюджэту і фонду „Г" па лініі аховы здароўя дзяцей і рабочых падлеткаў.

11. Даручыць Камітэту Народнага харчаваньня ўжыць захады ў адносінах да адпаведных устаноў для арганізацыі ў школах гарачых сьнеданьняў.

Постановления и циркуляры НКЗдрава и других Наркоматов руководящего характера

27/2—1928 г. № 55

Аб правядзеньні справаздач аб мэддапамозе на акруговых зьездах прафсаюзаў

У красавіку г. г. маюць быць акруговыя зьезды прафсаюзаў. Перад гэтым на мясцох будуць праводзіцца на шырокіх сходах працоўных справаздачныя кампаніі, у якіх будуць прымаць удзел Акруг. Страх. Касы.

НКАховы Здароўя прапануе вам сумесна з Страх. Касамі прыняць удзел у пастаноўцы справаздач на гэтых сходах у галіне мэдабслугоўваньня забясьпечаных, а таксама і на акруговых Зьездах прафсаюзаў.

Гэта кампанія набывае асаблівую значнасьць у сувязі з дзесяцігодзьдзем Кастрычнікавай Рэвалюцыі, па гэтай прычыне справаздачы не павінны насіць характар вузкіх гадавых справаздач, а павінны высьвятліць палітыку Савецкай мэдыцыны і яе дасягненьні за 10 год існаваньня савецкай улады, зварочваючы ўвагу на наступныя пытаньні:

1. Савецкая мэдыцына і яе дасягненьні за 10 год.
2. Становішча мэддапамогі забясьпечаным ў даннай мясцовасьці.
3. Значэньне бюджэтных сродкаў і фонда мэддапамогі ў арганізацыі лек. дапамогі застрахаваным. Парадак іх выдаткоўваньня.
4. Плян арганізацыі мэддапамогі застрахаваным на бліжэйшы пэрыяд з улічэньнем усіх рэальных магчымасьцяй.
5. Роля грамадзкіх арганізацый у справе пабудоўлі мэддапамогі забясьпечаным і ўдзел у гэтым саміх працоўных.
6. Рацыяналізацыя ў справе аказаньня мэддапамогі застрахованым. Неабходна таксама перад кампаніяй высьвятліць гэтыя пытаньні ў мясцовай прэсе.

Парадак і час пастаноўкі дакладаў павінен узгадняцца з Страх. Касамі і АСПС.

Надаючы асобую ўвагу правядзеньню гэтай кампаніі, НКАЗ па скончэньні яе просіць паведаміць аб выніках.

Нар. Кам. Аховы Здароўя **Барсукоў**

Інсп. Лек. Праф. ч. **Фурс**

27/II-1928 г. № 829

Аб будаўніцтве лазьняў

Для ажыцьцяўленьня будаўніцтва лазьняў на вёсцы ў гэтым годзе маецца пэўная падстава. На гэту справу па мясцоваму каштарысу СНК зацьверджана 26.000 р., лічачы па 250 р. на кожную лазьню. 250 руб. ёсьць толькі як датацыя ў парадку самадзейнасьці насельніцтва, маючы на ўвазе, што часьць сродкаў і праца будзе ддадзена сялянствам, а таксама трэба мець на ўвазе дапамогу Чырвонага Крыжу. Больш за ўсё тут трэба разьлічваць на сродкі ад самаабкладаньня. Самаабкладаньне наогул павінна зьявіцца асновай на санітарныя мерапрыемствы ў вёсцы і ў першую чаргу на пашыранае будаўніцтва лазьняў і палепшаньне водазабясьпекі.

Акр. Інспэктуры Аховы Здароўя належыць зьвярнуць асаблівую ўвагу на актыўны ўдзел усіх мэдыцынскіх работнікаў асабліва сельскае сеці, на правядзеньне кампаніі самаабкладаньня. Гэта кампанія павінна быць выкарыстана для вызначэньня сялянствам мерапрыемстваў санітарнага аздараўленьня вёскі і адлічэньня на гэту справу сродкаў з фонду самаабкладаньня.

Што датычыцца вызначэньня месц, у якіх належыць будаваць лазьні, дык у даным выпадку трэба лічыцца з ступеньню забясьпечанасьці лазьнямі і эпідэмічнасьцю асобных раёнаў і вёсак, у прыватнасьці на плямісты тыфус, жаданьнем і самадзейнасьцю насельніцтва і г. д.

У бліжэйшы час належыць скласьці дакладны плян на 5 гадоў — 1928-1932 — плянавага пашырэньне будаўніцтва лазьняў па ўсёй акрузе, прымаючы пры гэтым пад увагу вызначаную Трансп. Буд. Сэкцыяй Дзяржпляну колькасьць лазьняў па мясцоваму каштарысу Вашай акругі, а па другое—тыя перспэктывы, якія прадбачацца ў парадку самадзейнасьці насельніцтва і ў прыватнасьці фонд самаабкладаньня, а таксама ўдзел Чырвонага Крыжу. Складзены плян па Сельсаветах і раёнах у акруговым маштабе патрэбна прысылаць ў НКАЗ к 1 мая. Зараз неабходна ўжыць усе арганізацыйныя захады ажыцьцяўленьня будаўніцтва лазьняў у гэтым годзе і скарыстаць адпушчаныя на гэту справу сродкі. Згодна пастановы СНК № 27, 14-16 студзеня 1928 г. § 8 п. „б" выдаткі на лазьні з разьдзелу сельскае гаспадаркі перанесены

ў разьдзел Аховы Здароўя. Калі на месцах гэта яшчэ ня зроблена ці ёсьць якія небудзь недарэчнасьці, трэба пытаньне ставіць перад А. В. К., каб гэтыя сродкі згодна пастановы СНК, былі адпушчаны і мелі сваё прамое прызначэньне.

Тыпавы праэкт лазьні для сярэдня-залюдненых вёсак (прапускная здольнасьць у 1 гадзіну 10 чал.) у бліжэйшы час Вам будзе дасланы. Разьмеры лазьні па гэтаму праекту 8,5×6,4 м. з падзелам на 3 аснаўныя часткі: разьдзявальню, мыльню і парыльню. Як правіла, лазьні мусяць будавацца Р. В. К., Сельсаветамі і непасрэдна самім насельніцтвам пры санітарным і тэхнічным наглядзе і арганізацыйным удзеле мясцовых работнікаў: санітарных, раёных і вучастковых дактароў і мясцовых тэхнікаў—камунальнае гаспадаркі і па сельскаму будаўніцтву.

У ажыцьцяўленьні будаўніцтва лазьняў павінен прыняць удзел Чырвоны Крыж і неабходна прыцягнуць да гэтае справы іншыя грамадзкія арганізацыі вёскі: Саветы Сацыяльнае дапамогі, Санітарныя Камісіі і інш.

Народны Камісар Аховы Здароўя
і Старшыня Чырвонага Крыжу
Барсукоў

Інсп. Сан. Эпід. Часьці **Магілеўчык**

29/II 1928 г. № 44

Аб адбору сялян на курорты

Пры разьмеркаваньні курортных мейсц дзеля сялян ад сахі, НК Аховы Здароўя прапануе наступнае:

1. Не чакаючы атрыманьня куркніжак неабходна загадзя, узгадніўшы з Акрвыканкомам разьмеркаваць прадстаўленыя Вам курмейсцы паміж Раённымі Выканаўчымі Камітэтамі.

2. Камісіям пры Р. В. К. па адбору на курорты неабходна таксама загадзя падабраць кандыдатаў дзеля пасылкі, каб ня было непаразуменьняў як у прошлым годзе, у выніку якіх аставаліся нескарыстанымі кур. кніжкі, як напрыклад. гэта было ў Мазырскай Акр. Інсп. Аховы Здароўя.

3. Пры адборы пасылаемых кіравацца сацыяльным становішчам, выдзяляючы выключна сялян беднякоў.

4. Адно з паказаных мейсц павінна быць выдзелена дзеля незастрахованых батракоў Вашай акругі.

5. Па прычыне таго, што выдзеленыя Р. В. К. кандыдаты не заўсёды адпавядаюць мэдыцынскім паказаньням, неабходна выдзеляць па два кандыдаты.

6. У вызначаны Акр. Інсп. Аховы Здароўя тэрмін кандыдаты павінны прайсьці Акруговую Адборачную Камісію ў наступным складзе: 1) Прадстаўнік ад Акр. Інсп. Ах. Здар., 2) Прадстаўнік ад Інсп Сабезу, 3) З трох дактароў.

7. Акр. Урачэбн. Кантр. Каміс. пры адбору павінны кіравацца „Руководством для врачей по отбору больных для лечения на курортах. II исправл. и дополн. изд. Главн. Курортн. Управл. НКЗ 1925 г.", якія Вам былі пасланы раней.

8. У адносінах снабжэньня пасылаемых на курорт сялян падарожным прадавольствам належыць кіравацца абежнікам НКА Здароўя па фінанс. частцы ад 9/II 1926 г.

Нар. Кам. Аховы Здароўя **Барсукоў**

Інсп. Лек.-Праф. часьці **Фурс**

5/III 1928 г. № 53

Аб парадку абслугоўваньня інвалідаў вайны і іх сямей

Нар. Кам. Аховы Здароўя БССР прапануе ўвесьці наступны парадак абслугоўваньня мэдыка-санітарнай дапамогай кантынгэнта асоб, якія лічацца за органамі сацыяльнай забясьпекі.

1. Інваліды вайны і асобы, страціўшыя працаздольнасьць ад увечча альбо хваробы ў бытнасьць іх на вайсковай службе, а таксама чырвоныя партызаны павінны абслугоўвацца мэд. дапамогай на аднальковых умовах з застрахаванымі.

2. Сем'і асоб, памянутых у арт. 1, сем'і асоб радавога і малодшага каманднага складу абслугоўваюцца мэддапамогай на аднальковых умовах з членамі сямей застрахаваных.

3. Паказаныя ў арт. 1 і 2 асобы абслугоўваюцца ў установах органаў аховы здароўя наступнымі відамі мэд. дапамогі:

а) Амбуляторнай дапамогай па ўсім спэцыяльнасьцям.

б) Ложкавай дапамогай па ўсім спэцыяльнасьцям, у тым ліку і дапамогай пры родах.

в) Урачэбнай дапамогай на даму.

г) Дапамогай у ўстановах па ахове мацярынства і младзенства, па ахове здароўя дзяцей і падлеткаў, а таксама ў установах дыспансэрнага характару.

д) Мэдыкамэнтознай дапамогай.

е) Пратэзнай дапамогай на падставе цыркуляра № 359 ад 27/XII 1927 г.

4. Пры звароце за паказанымі ў арт. 3 відамі дапамогі асобы, пералічаныя ў арт. 1 і 2, павінны прад'яўляць дакуманты ад органаў сац. забясьпекі, якія сьведчаць аб іх праве на сацыяльнае забясьпечаньне.

Нар. Кам. Аховы Здароўя **Барсукоў**

Інсп. Лек.-Праф. ч. **Шапавалаў**

7/III 1928 г. № 52

Аб абслугоўваньні судзебна-мэдыц. экспэрт. вайсковае ведамства

Некаторыя акругі ўзбудзілі перад Нар. Кам. Аховы Здароўя пытаньне ці павінен судзебна-мэдыцынскі экспэрт абслугоўваць вайсковае ведамства.

У сувязі з тым, што судзебна-мэдыцынскі экспэрт робіць экспэртызы ў тых выпадках, калі гэтая экспэртыза павінна мець афіцыйны характар для суда альбо органаў дасьледваньня, судзебны экспэрт павінен абслугоўваць вайсковае ведамства ў паказаных выпадках.

Пытаньне аб аплаце судзебных экспэртаў звышурочнымі грашмі адпадае, бо працоўны час судзебнага экспэрта не абмяжован.

Нар. Кам. Аховы Здароўя **Барсукоў**

Інспэкт. Лек.-Праф. часткі **Шапавалаў**

14/III 1928 г. № 832

Аб часовым дапушчэньні ўкупаркі піўных бутэл. скарыставан. коркамі

З прычыны недастачы пробкавай кары, згодна паведамленьня Прэзыдыуму конвэнцыі піваваранай прамысловасьці ВСНГ СССР за 2/III—1928 г.,—НКАЗ паведамляе, што часова да 1/I—1929 г. можна дапусьціць укупарку піўных бутэлек коркамі, раней скарыстоўваемымі ўжо для гэтай мэты, аднак пры выкананьні наступных правілаў:

1. Старыя коркі перад ужываньнем іх для ўкупаркі павінны быць распараны ў гарачай вадзе ў працягу 24 гадзін, пасьля чаго
2. Прамыць у працягу гадзінны ў 10-15% рашчыне серкавае, альбо салянае кіслаты і потым
3. Прамыць у халоднай вадзе.

Нам. Нар. Кам. Аховы Здароўя **Ліўшыц**

Інспэктар Сан.-Эпід. часьці **Магілеўчык**

14/III 1928 г. № 50

Аб выданьні абежніку аб абавязковых заяўках хворых адкрытых форм сухот

Накіроўваючы пры гэтым праэкт абежніку аб абавязковай заяўцы хворых адкрытых форм сухот і паведамленьні аб сьмяротных выпадках ад сухот, Нар. Кам. Аховы Здароўя лічыць мэтазгодным выданьне гэтага абмежніку па В/ акрузе.

Нам. Нар. Кам. Аховы Здароўя **Ліўшыц**

Інспэктар Лек. Праф. часткі **Шапавалаў**

Праэкт абежніку аб абавязковай заяўцы хворых адкрытых форм сухот і паведамленьні аб сьмяротных выпадках ад сухот

1. Усе лекавыя ўстановы (больніцы, амбуляторыі і г. д.), а таксама прыватныя лячэбніцы і ўрачы-практыканты гор. Менску павінны паведамляць у Менскі Цэнтральны Туб. Дыспансэр аб усіх выпадках адкрытай формы сухот лёгкіх, г. з. прысутнасьцю сухотных палачак у харкавіне, згодна дадаанай форме (№ 1).

2. Усе стацыянарныя лекавыя ўстановы, а таксама ўрачы лячыўшыя сухотных хворых дома да іх сьмерці, або канстаціраваўшыя сьмерць ад сухот—павінны паведамляць у Туб. Дыспансэр аб выпадках сьмерці ад усіх форм сухот па дадаанай форме (№ 2).

Увага. Паведамленьні аб сьмерці хворых ад сухоты ў Туб. Дыспансэр не звальняюць урачоў і ўстановы ад абавязкаў выдачы ўрачэбных пасьведчаньняў аб сьмерці для прадстаўленьня ў органы ЗАГС'у.

3. Паведамленьні аб знойдзеным хворым з адкрытай формай сухот, аб выпадку сьмерці ад сухот павінна быць послана ў Туб. Дыспансэр не пазьней 72 гадзін пасьля ўстанаўленьня дыагнозу адкрытай формы сухот, або сьмерці ад сухот.

4. Туб. Дыспансэр павінен, пасьля атрыманьня паведамленьня аб сьмерці, або заяўкі аб знойдзеным новым хворым з адкрытай формай сухот, зараз-жа прыняць усе неабходныя прафіляктычныя меры ў хатняй абстаноўцы хворага, а таксама на прадпрыемстве.

Форма № 1

(Заяўка аб хворым з адкрытай формай сухот)

1. Прозьвішча, імя і імя па бацьку хворага . . . .
2. Узрост . . . .
3. Клінічны дыагноз . . . . . .
4. Калі знойдзены Б. К. (чысло, месяц, год) . . . .
5. Падрабязны адрас хворага . . . . .
6. Адрас установы, або ўрача, які падае заяўку . . . .
7. Подпіс . . . .
8. Дата заяўкі . . . .

Форма № 2

(Заяўка сьмерці ад сухот)

1. Прозьвішча, імя і імя па бацьку памершага . . . .
2. Узрост, пол, прафэсія . . . . .
3. Клінічны дыагноз . . . . . .
4. Дата сьмерці . . . .
5. Адрас памершага . . . .
6. Адрас установы, або асобы, якая паведамляе аб заяўцы . . . .
7. Подпіс . . . .
8. Дата заяўкі . . . .

15/III 1928 г. № 926 г.

Аб заяўках на воспены дэтрыт

НКАЗ прапануе ў бліжэйшы час паведаміць заяўкі на воспены дэтрыт да 1 кастрычніка (па кожнаму месяцу паасобна).

Заяўкі павінны адказваць сапраўднасьці; ня варта дапушчаць зграмаджэньня дэтрыту, за тае прычыны, што ён можа псавацца ад доўгага ляжаньня.

Заяўкі на воспены дэтрыт трэба накіроўваць беспасрэдна Дзяржаўнаму Мікрабіолёгічнаму Інстытуту (г. Менск, Нова-Маскоўская, 60), але ня ў НКАЗ.

Нам. Нар. Кам. Аховы Здароўя **Ліўшыц**

Санітарны Інспэктар **Анішчанка**

5/III—1928 г. № 11

Аб конкурсных камісіях

Народны Камісарыят Працы і Народны Камісарыят Аховы Здароўя БССР пастанаўляюць зацьвердзіць наступнае палажэньне аб конкурсных камісіях.

I. Запрашэньне лекарскага пэрсаналу і зубных дактароў на вакантныя штатныя пасады робіцца гаспадарчымі органамі па конкурсу, шляхам утварэньня конкурсных камісій пры адпаведных рэспубліканскіх і акруговых органах (Нар. Кам. Аховы Здароўя, Акруговыя Інспэктарыяты Аховы Здароўя, Галоўсанітрах, Акруговыя Страхкасы, Камітэт Чырвонага Крыжу і г. д.).

У в а г а 1: Часовае зьмяшчэньне лекароў на тэрмін ня больш 2-х месяцаў, а таксама на вызначаны тэрмін (водпуск, навуковая камандыроўка) робіцца гаспадарчым органам без конкурсу, па згодзе з прафсаюзам Мэдсанпрацы.

У в а г а 2: Мясцовыя гаспадарчыя органы па згодзе з прафсаюзам Мэдсанпрацы маюць права распрацаваць сьпіс пасад дактароў і зубных дактароў, прызначэньне на якія па мясцовых умовах робіцца на агульных падставах бяз конкурсу.

II. Конкурсныя камісіі ўтвараюцца ў складзе: старшыні конкурснай Камісіі (па прызначэньні загадчыка адпаведнага гаспадарчага органу) і прадстаўнікоў, па аднаму ад прафсаюзу Мэдсанпрацы і органаў НК Працы.

У в а г а 1: У гарадох, у выпадку запрашэньня на пасаду ў лекавую ўстанову старшынёй конкурснае камісіі абавязкова прызначаецца галоўурач гэтае лекавае ўстановы.

У в а г а 2: У склад конкурснае камісіі, што ўтвараецца не пры органе аховы здароўя, уводзіцца дадаткова з правам рашучага голасу: прадстаўнік адпаведнага органу аховы здароўя.

III. Рашэньне конкурснае камісіі ўхваляецца простай большасьцю галасоў і зацьвярджаецца адпаведнымі органамі НК Аховы Здароўя, Акруговыя Інспэктарыяты Аховы Здароўя, Галоўсанітрах, Акруговыя Страхкасы і г. д.).

Сябры конкурснае камісіі, якія не згаджаюцца з рашэньнем большасьці членаў камісіі, маюць права дадаць да пратаколу сваю матываваную асобную думку.

У в а г а: У выпадку, калі загадчык гаспадарчага органу не зацьвярджае ніводнай кандыдатуры, якія высунуты конкурснай камісіяй, прызначаецца другі конкурс, або пытаньне вырашаецца паводле згоды паміж гаспадарчым органам і прафсаюзам Мэдсанпрацы.

IV. Калі конкурс не адбыўся з прычыны адсутнасьці заяў, альбо адсутнасьці падыходзячых кандыдатур паміж асоб, якія падалі заявы, дык гаспадарчы орган, па згодзе з прафсаюзам мэдсанпрацы, альбо назначае новы конкурс, альбо прызначае на вакантную пасаду паводле ўвагі № 1 да арт. I гэтае пастановы.

V. Конкурсныя камісіі карыстаюцца тэхнічным апаратам адпаведнага гаспадарчага органу і склікаюцца яе старшынёй.

VI. Конкурсы паводле згоды паміж гаспадарчымі органамі з органам НКПрацы і Прафсаюзам Мэдсанпрацы могуць абвяшчацца ў агульнасаюзным, рэспубліканскім альбо акруговым маштабу.

VII. Права прымаць удзел у конкурсу маюць дактары і зубныя дактары, якія знаходзяцца на рабоце, а таксама і беспрацоўныя, што знаходзяцца на вучоце Бірж Працы.

У в а г а: Пры іншых роўных умовах кандыдатур, намечанных конкурснай камісіяй перавага даецца асобам, што працавалі на раёне ня менш за тры гады.

VIII. Умовы конкурсу ўстанаўляюцца конкурснай камісіяй і зацьвярджаюцца загадчыкам адпаведнага гаспадарчага органу.

IX. Апавяшчэньне аб конкурсу з паказаньнем пасады, спэцыяльнасьці, умоў працы, тэрміну падачы заяў і іншае падпісваюцца загадчыкам гаспадарчага органу і агалашаюцца ў друку. Адначасова гаспадарчы орган апавяшчае аб конкурсу мясцовую Біржу Працы і прафсаюз Мэдсанпрацы.

X. Усе матар'ялы конкурснае камісіі павінны прадстаўляцца гаспадарчымі органамі для папярэдняга азнаёмленьня мясцоваму органу прафсаюзу Мэдсанпрацы і органу Наркампрацы за тыдзень да конкурсу.

XI. Заявы аб жаданьні атрымаць пасаду па абвешчанаму конкурсу разам з неабходнымі і дакумэнтамі падаюцца ў адпаведны гаспадарчы орган.

У в а г а: Тэрмін падачы заяў устанаўляецца ў залежнасьці ад характару пасады, але ня менш 2-х тыдняў.

XII. Паступіўшыя заявы могуць перадавацца Камісіі экспэртаў, альбо паасобных спэцыялістых, прызначаемых гаспадарчым органам па з годзе з прафсаюзам Мэдсанпрацы

У в а г а: Экспэрты таксама маюць права прымаць удзел у пасяджэньні конкурснае камісіі з правам дарадчага голасу.

Наркампрацы БССР **Бэнэк**

Наркам Аховы Здароўя **Барсукоў**

Узгоднена з саюзам Мэдсанпрацы
Цэнцыпер

Пастанова № 1 Народных Камісарыятаў Аховы Здароўя і Працы БССР ад 10 сакавіка 1928 г.

Аб кругу асоб, мэдыцынская дапамога якім даціруецца па лекаваму фонду

Арт. 1. Бесплатнай мэдыцынскай дапамогай з датацыяй па лекаваму фонду карыстаюцца наступныя катэгорыі:

1. Асобы, якія працуюць па найму (рабочыя і служачыя).

2. Сябры сям'і асоб, якія працуюць па найму (рабочыя і служачыя).

3. Беспрацоўныя, якія атрымліваюць дапамогу ад органаў сацыяльнага страхаваньня альбо маючыя на гэта права, а таксама беспрацоўныя, якія састаяць сябрамі прафсаюзаў.

4. Сябры сям'і беспрацоўных, памянёных ў п. 3 арт. 1.

5. Інваліды працы і сем'і памершых альбо бязьвесна адсутнічаючых застрахаваных і інвалідаў працы, якія атрымліваюць пэнсыю ў парадку сацыяльнага страхаваньня, альбо пэрсанальную пэнсыю за выслугу гадоў.

Арт. 2. З сяброў сямей, памянёных у арт. 1, маюць права на бесплатнае лячэньне:

1. Непрацаздольныя бацькі.

2. Дзеці, браты і сёстры ў узросту да 16 гадоў і звыш 16 гадоў у выпадку іх непрацаздольнасьці.

3. Супругі.

Увага: Усе пералічаныя сябры сям'і маюць права на бесплатную лекавую дапамогу толькі пры ўмове, калі яны знаходзяцца на поўным ўтрыманьні застрахаванага.

Арт. 3. Для атрыманьня бесплатнай мэдыцынскай дапамогі за кошт лекавага фонду асобы, памянёныя ў арт. 1 і 2 павінны мець пры сабе лекавую кніжку альбо другі дакумант, замяняючы лекавую кніжку (пэнсыонная кніжка, пасьведчаньне аб атрыманьні дапамогі па беспрацоўі).

Нар. Кам. Аховы Здароўя **Барсукоў**

Нар. Кам. Працы **Бэнэк**

Нач. Галоўсацтраха **Мяркулаў**

Узгоднена з ЦСПСБ **Розін**

Узгоднена з Цэнтральным Саветам Прафэсыянальных Саюзаў БССР.

Пастанова Народнага Камісарыяту Працы БССР

пра рэвалюцыйныя сьвяты і асобныя дні адпачынку

На падставе арт. арт. 111—113 Кодэксу Законаў аб Працы Народны Камісарыят Працы БССР пастанаўляе ўстанавіць, пачынаючы з 1928 г. наступныя правілы аб парадку карыстаньня рэвалюцыйнымі сьвятамі і асобнымі днямі адпачынку:

I. Забараняецца работа ў наступныя сьвяточныя дні:

1. 1-е студзеня—Новы год і Дзень прыняцьця Канстытуцыі БССР.

2. 22-е студзеня—Дзень 9-га студзеня 1905 г. і Дзень памяці У. І. Леніна.

3. 12-е сакавіка—Дзень зьнішчэньня самаўладзтва

4. 18-е сакавіка—Дзень Парыскай Камуны.

5. 1-е мая—Дзень Інтэрнацыяналу.

6. 7-е і 8-е лістапада—Дні Кастрычнікавай Рэвалюцыі.

Увага 1. Сьвяткаваньне Дня прыняцьця Канстытуцыі СССР 6-га ліпеня пераносіцца на першую нядзелю ліпеня месяца.

Увага 2. Сьвяткаваньне Дня вызваленьня Беларусі ад белапалякаў (11-га ліпеня) пераносіцца на бліжэйшую да 11- ліпеня нядзелю.

Увага 3. Тыя рабочыя і служачыя, для якіх дні, паказаныя ва ўвагах 1 і 2, зьяўляюцца рабочымі днямі, ад работы ў гэтыя дні не звальняюцца і ніякай дадатковай платы за работу ў гэтыя дні не атрымоўваюць.

II. У Міжнародны дзень работніцы—8-га сакавіка—жанчыны звальняюцца ад працы ва ўсіх прадпрыёмствах, установах і гаспадарках на 2 гадзіны раней звычайнага тэрміну. У прадпрыёмствах, установах і гаспадарках, дзе жанчыны складаюць большасьць і дзе спыненьне іх работы павінна выклікаць спыненьне працы ўсёй установы, прадпрыемства альбо гаспадаркі—работа апошніх спыняецца на 2 гадзіны раней.

У тых прадпрыёмствах, дзе, па ўмовах вытворчасьці, работа ня можа быць спынена (тэлеграф, тэлефон, бальніцы і г. д.), работніцы ад работы не звальняюцца і за работу плату атрымоўваюць у звычайным разьмеры. Работнікі альбо работніцы, якія працуюць зьдзельна або падзённа і працавалі 8-га сакавіка няпоўны рабочы дзень, атрымоўваюць за 2 гадзіны па іх тарыфнай стаўцы, а з заробку тых, якія аплачваюцца памесячна, ніякіх адлічэньняў ня робіцца.

III. Міжнародны Юнацкі Дзень сьвяткуецца ў першую нядзелю верасьня. У тых прадпрыемствах, дзе работа ў гэты дзень ня спыняецца, работнікі да 23 гадоў уключна звальняюцца ад работы на 2 гадзіны раней звычайнага тэрміну, у адпаведнасьці з арт. 2 гэтай пастановы.

IV. Апроч паказаных у арт. І-м сьвяточных дзён, рабочым і служачым даюцца наступныя дні адпачынку.

А. Асобам праваслаўнай веры:

1. Другі дзень вялікадня.
2. Ушэсьце.
3. Духаў дзень.
4. 6 жніўня—спаса.
5. 15 жніўня—прачыстая.
6—7. 25 і 26 сьнежня—каляды.

Б. Асобам каталіцкай веры:

1. Вадохрышча.
2. Ушэсьце.
3. Божжа цела.
4. 15 жніўня—прачыстае.
5. 1-га лістапада—усіх сьвятых.
6. Непакаленае зачацьце.
7. 25 сьнежня—каляды.

В. Асобам іўдзейскай веры:

1. Першы дзень „пэйсаху".
2. Апошні дзень „пэйсаху".
3. Першы дзень „швуэс".
4. Першы дзень „рош-гашона".
5. „Йом-кіпур".
6. Першы дзень „шукес".
7. Перадапошні дзень „шукес".

Увага. Паказаныя ў арт. IV гэтай пастановы асобныя дні адпачынку даюцца па новаму стылю.

V. Асобныя дні адпачынку, устаноўленыя арт. 4-м гэтай пастановы, могуць давацца ў наступным парадку:

а) у тых установах і прадпрыемствах, дзе адыход з работы меншасьці рабочых якога-небудзь рэлігійнага культу выклікае спыненьне работы ўсяго прадпрыемства альбо ўстановы, меншасьць павінна карыстацца толькі тымі асобнымі днямі адпачынку, якімі карыстаецца большасьць;

б) там, дзе адыход меншасьці рабочых не выклікае спыненьня работы ўстановы або прадпрыемства, кожная група рабочых і служачых данага рэлігійнага культу можа скарыстаць дні адпачынку, паказаныя для яе ў арт. VI-ым гэтай пастановы.

Увага 1. Асобныя дні адпачынку на паасобных прадпрыемствах і ва ўстановах, у адпаведнасьці з п. п. „а" і „б" арт. V-га гэтай пастановы, павінны запісвацца ў правілы ўнутранага парадку.

Увага 2. Работнікі могуць карыстацца асобнымі днямі адпачынку, паказанымі ў арт. IV-тым гэтай пастановы незалежна ад іх рэлігійнага культу, пры гэтым, па згодзе з адміністрацыяй і фабрычна-заводзкімі мясцовымі камітэтамі, гэтыя дні адпачынку, могуць быць заменены іншымі днямі або адпаведна кампэнсаваны падоўжаньнем чарговага водпуску.

VI. Напярэдадні сьвят, пералічаных у арт. І-ым гэтай пастановы, даўжыня рабочага дня ня можа перавышаць 6 гадзін, а напярэдадні асобных дзён адпачынку, паказаных у арт. IV-м гэтай пастановы, даўжыня рабочага дня павінна быць звычайнаю.

VII. Работа ў сьвяточныя дні і дні адпачынку (арт. арт. І і IV) ня можа быць спынена ў наступных прадпрыемствах: вадаправодна-элэктрычнай станцыі, больніцах, аптэках, на тэлефонных, тэлеграфных і радыё-станцыях, пажарных камандах, грамадзкіх сталоўках, а таксама ў прадпрыемствах, у якіх работа ня можа быць спынена па ўмовах вытворчасьці.

VIII. У тых прадпрыемствах і ўстановах, дзе работа паводле арт. VII ня можа быць спынена ў дні рэвалюцыйных сьвят (арт. І) і ў асобныя дні адпачынку (арт. IV), то работа ў гэтыя дні аплачваецца ў падвойным разьмеры. Калі замест работы ў сьвяточны дзень або дзень адпачынку, па згодзе з фабрычна-заводзкім мясцовым камітэтам даецца іншы дзень адпачынку, то работа ў гэтыя дні дадаткова не аплачваецца.

IX. Вылічэньняў за сьвяты і асобныя дні адпачынку з рабочых і служачых, што атрымоўваюць заработную плату памесячна, ня робіцца; пры падзённай або пагадзіннай аплаце, а таксама пры зьдзельнай аплаце, паказаныя ў арт. арт. І і IV сьвяты і асобныя дні адпачынку дадаткова не аплачваюцца.

X. Нявыхад на працу ў дні, не ўстаноўленыя гэтаю пастановаю, прыроўніваецца да прагулаў з усімі вынікамі з гэтага.

XI. Парадак карыстаньня сьвятамі і асобнымі днямі адпачынку для работнікаў відовішчных прадпрыемстваў вызначаецца пастановаю Н. К. Працы СССР за 30 сакавіка 1927 г., № 62, „О дне еженедельного отдыха работников зрелищных предприятий" (Изв. НКТ СССР 1927 г., № 16) і пастановаю НК Працы БССР за 7 ліпеня 1927 г., № 69, „Аб дне штотыднёвага адпачынку работнікаў відовішчных прадпрыемстваў" (Бюл. СНК БССР 1927 г., № 13).

XII. З часу выданьня гэтай пастановы трацяць сілу: а) пастанова Н. К. Працы БССР за 7-га красавіка 1925 г. „Аб рэвалюцыйных сьвятах і асобных днёх адпачынку" (З. З. БССР 1925 г., № 21, арт. 199); б) тлумачэньне Н. К. Працы БССР за 24 лістапада 1925 г. „Аб рэвалюцыйных сьвятах і асобных днёх адпачынку" (газэта „Савецкая Беларусь" за 25 сьнежня 1925 г.).

Народны Камісар Працы
БССР **К. Бэнэк.**

Сакратар НК Працы
БССР **А. Круглік.**

18 студзеня 1928 г.
№ 3.

Інструкцыя Рэспубліканскага Савету Сацыяльнага Страхаваньня пры Народным Камісарыяце Працы БССР

(На скасаваньне пастановы РССС за 25 красавіка 1927 г., № 31 II).

Пра мерапрыемствы для змаганьня з прагуламі

Для разьвіцьця пастановы СНК СССР за 15 студзеня 1927 году „Аб мерапрыемствах па барацьбе з прагуламі" (З. З. СССР 1927 г., № 13, арт. 134), Савет Сацыяльнага Страхаваньня пры НК Працы БССР пастанаўляе:

1 Акруговыя страхавыя касы разам з мясцовымі органамі аховы здароўя павінны

ўжыць захады да таго, каб усе віды амбуляторнай дапамогі, мэтадаў дасьледваньня і лячэньня рабіліся застрахаваным данай акругі ў нерабочы час,

2. У рабочы час, як правіла, павінны абслугоўвацца, галоўным чынам, члены сем'яў застрахаваных, беспрацоўныя, інваліды і іншыя кантыгенты хворых, якія не зьвязаны з працаю ў прадпрыемствах і ўстановах.

4. Рабочыя і служачыя ў рабочы час павінны прымацца толькі ў наступных выпадках:

а) калі яны раптам захварэюць і хвароба перашкаджае далейшай працы або патрабуе тэрміновай дапамогі: цеча крыві, харканьне кроўю, няпрытомнасьць, значнае павышэньне тэмпэратуры і інш.;

б) пры траўматычным пашкоджаньні;

в) пры ўсякіх вострых атручэньнях;

г) калі па характару самага лячэньня, мэдыцынская дапамога павінна рабіцца ў дзенныя гадзіны, як: дасьледваньне страўнікавага соку ці крыві, прамываньне страўніка і інш.;

д) калі складанасьць мэтадаў лячэньня патрабуе яўкі хворага ў лекавыя ўстановы ў вячэрнія, а таксама і ў ранішнія гадзіны.

4. Калі часовая непрацаздольнасьць застрахаванага выклікана вострым ап'яненьнем ці параненьнем, якое зьяўляецца вынікам ап'яненьня, то бальнічны лісток выдаецца з абавязковым паказаньнем прычыны, якая выклікала непрацаздольнасьць.

5. Калі прычынаю часовай непрацаздольнасьці зьяўляецца вострае ап'яненьне або дзейнасьць застрахаванага, якая выклікана ап'яненьнем яго (бойка, раненьні і г. д.), прычым непрацаздольнасьць цягнецца ня больш 3-х дзён, то страхавая каса мае права не выдаваць дапамогі па часовай непрацаздольнасьці за ўвесь пэрыяд непрацаздольнасьці альбо частку гэтага пэрыяду (за 1—2 дні і г. д.).

6. Калі часовая непрацаздольнасьць, выкліканая прычынамі, паказанымі ў арт. 4 гэтай інструкцыі, цягнецца больш 3-х дзён, то страхавая каса абавязана выдаць дапамогу, пачынаючы з 1-га дня хваробы.

7. Страхавыя касы могуць поўнасьцю альбо часткова пазбаўляць дапамогі па часовай непрацаздольнасьці застрахаваных, віноўных у скарыстаньні водпуску данага для лячэньня не на прызначэньне.

8. Кантроль за асобамі, атрымаўшымі водпуск па хваробе, павінен рабіцца даверанымі лекарамі страхавых кас і аб кожным выпадку няправільнага скарыстаньня водпуску складаецца акт і зараз-жа пасылаецца страхавой касе.

9. Аб кожным асобным выпадку прымушаньня даць водпуск альбо „нажыму" на лекараў, лекары і лячэбныя ўстановы павінны ў працягу 24 гадзін паведаміць адпаведныя страхавыя касы і саюзы.

10. Ва ўсіх выпадках яўнага злоўжываньня адпускамі страхавыя касы, апроч пазбаўленьня віноўных дапамогі, павінны прыцягваць іх да крымінальнай адказнасьці.

11. Лекараў, якія ня выконваюць гэтых правіл, страхавыя касы могуць праз органы аховы здароўя караць у дысцыплінарным парадку або прыцягваць да крымінальнай адказнасьці.

12. Пытаньне аб пазбаўленьні дапамогі, а таксама аб разьмеры дапамогі, які павінен затрымоўвацца з прычыны таго, што непрацаздольнасьць зьвязана была з ап'яненьнем або з прычыны скарыстаньня водпуску не на прызначэньне, у кожным асобным выпадку павінна вырашацца пастановаю камітэту (або прэзыдыуму) страхавой касы.

Камітэт страхавой касы пры вырашэньні пытаньня аб пазбаўленьні дапамогі і аб суме, якая павінна затрымоўвацца, павінен абавязкова браць пад увагу агульныя ўмовы жыцьця застрахаванага, яго сямейны стан, прычыны, выклікаўшыя парушэньне прадпісаньня лекара і г. д.

> Увага. Скаргі на пастановы камітэту страховай касы аб пазбаўленьні дапамог павінны разглядацца Галоўным Кіраўніцтвам Сацыяльнага Страхаваньня, пастановы якога зьяўляюцца канчатковымі.

13. Аплата па бальнічных лістках павінна рабіцца паводле існуючых правіл аб тэрмінах аплаты дапамогі па часовай непрацаздольнасьці.

Старшыня Рэспубліканскага Савету Сацыяльнага Страхаваньня пры НК Працы БССР **Р. Алесін.**

Адказны Сакратар РССС пры НК Працы БССР **М. Давідовіч.**

15 сьнежня 1927 г.

Узгоднена з Народным Камісарыятам Фінансаў і з Народным Камісарыятам Працы БССР.

Інструкцыя Народнага Камісарыяту Асьветы і Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя БССР

пра парадак праходжаньня стажу асобамі, якія канчаюць мэдыцынскі факультэт Беларускага Дзяржаўнага Універсытэту

(Выдадзена на падставе пастановы распарадчага пасяджэньня СНК БССР за 13 сьнежня 1927 г., № 310, п. 384).

1. Праходжаньне маладымі дактарамі абавязковага гадовага стажу мае мэтай набыцьцё практычных навыкаў у вызначанай галіне доктарскай дзейнасьці.

2. Стажоры-дактары праходзяць стаж пры клініках, а таксама пры гарадзкіх і сельскіх лекава-санітарных установах БССР.

3. Стажоры-дактары за час праходжаньня стажу атрымоўваюць заработную плату, паводле арт. 5 альбо арт. 6 гэтай пастановы.

4. Распрацоўка праграм стажу, разьмеркаваньне стажораў-дактароў у лекава-санітарныя ўстановы, назначэньне стыпэндый, а таксама агульнае нагляданьне за праходжаньнем стажу ўскладаецца на стажорскую камісію пры Народным Камісарыяце Аховы Здароўя ў складзе: Народнага Камісара Аховы Здароўя (альбо яго намесьніка), Дэкана Мэдыцынскага Факультэту Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту і прадстаўнікоў ад Народнага Камісарыяту Асьветы, Цэнтральнага Кіраўніцтва Прафэсыянальнага Саюзу Мэдсанпрацы і прафэсыянальнага камітэту студэнтаў Мэдыцынскага Факультэту Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.

5. Паводле арт. 5 пастановы СНК СССР за 14/VI-1926 году (З. З. СССР 1926 г., № 44, арт. 220) стажоры-дактары забясьпечваюцца стыпэндыямі, якія павінны быць прадугледжаны па каштарысах Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя і акруговых інспэктур аховы здароўя.

Увага. Стажоры-дактары, якія атрымалі гадовую стыпэндыю, павінны пасьля сканчэньня стажу прапрацаваць ня меніш аднаго году на доктарскай пасадзе па назначэньні Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя альбо акруговай інспэктуры аховы здароўя.

6. Стажоры-дактары могуць назначацца Народным Камісарыятам Аховы Здароўя на вольныя доктарскія пасады ў лекава-санітарныя ўстановы, а таксама могуць выбірацца на пасады ардынатараў (навуковых працаўнікоў) пры клініках і катэдрах Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту.

7. У паасобных выпадках стажорская камісія мае права дазваляць праходжаньне гадовага стажу за межамі БССР, а таксама даваць бясплатны стаж пры лекава-санітарных установах у гарадох БССР.

8. Дыплёмы на годнасьць доктара выдаюцца Беларускім Дзяржаўным Унівэрсытэтам на падставе пасьведчаньняў Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя аб сканчэньні стажу.

Народны Камісар Асьветы
БССР **А. Баліцкі**

Народны Камісар Аховы Здароўя
БССР **М. Барсукоў**

Бюллетень эпидемических заболеваний по БССР

Движение заболеваний по БССР за февраль м-ц 1928 г.

№№ по порядку	Города и округа	Наименование болезней: Тифы: Сыпной	Возвратн.	Брюшной и паратиф	Дизентерия	Скарлатина	Оспа	Корь	Дифтерия	Сибирская язва	Церебро-спинальный менингит	Столбняк
1	г. Минск	2	—	8	—	37	—	185	22	1	—	1
2	Районы	55	—	23	4	164	—	525	50	—	9	—
	Итого	57	—	31	4	201	—	710	72	1	9	1
3	г. Бобруйск	—	—	2	—	22	—	24	10	—	2	—
4	Районы	38	—	30	7	201	—	57	43	—	7	—
	Итого	38	—	32	7	223	—	81	53	—	9	—
5	г. Полоцк	—	—	2	—	15	—	39	—	—	—	—
6	Районы	1	—	15	2	7	—	147	16	—	3	—
	Итого	1	—	17	2	22	—	186	16	—	3	—
7	г. Гомель	2	—	15	—	33	—	367	10	—	7	—
8	Районы	15	—	27	3	89	—	59	24	—	28	—
	Итого	17	—	42	3	122	—	426	34	—	35	—
9	г. Витебск	2	—	2	—	68	—	28	4	—	—	—
10	Районы	5	—	10	8	85	—	142	9	—	—	—
	Итого	7	—	12	8	153	—	170	13	—	—	—
11	г. Мозырь	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—
12	Районы	11	—	3	—	89	1	7	7	—	—	—
	Итого	11	—	4	—	89	1	7	8	—	—	—
13	г. Орша	9	—	—	1	—	—	15	—	—	—	—
14	Районы	38	9 неопред.	43	18	110	1	158	8	—	6	—
	Итого	47	9	43	19	110	1	173	8	—	6	—
15	г. Могилев	3	—	3	—	25	—	2	3	1	2	—
16	Районы	79	—	55	—	212	—	144	64	—	18	—
	Итого	82	—	58	—	237	—	146	67	1	20	—
	Всего	260	9 неопред.	239	43	1157	2	1899	271	2	82	—

Примечание. В февральском номере журнала в бюллетене за декабрь 1927 г. вкралась ошибка в № 12: в графе оспа значится 52 случая, следует читать—1 случай. Редакция.

СОДЕРЖАНИЕ

00000001860547